



## GESUNDHEITSZEUGNIS FÜR THERAPIEHUNDE

### Tierbesitzer/Tierbesitzerin

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

e-mail:

### Hund

Name:

Rasse:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  männlich  weiblich

kastriert:  ja  nein

Chipnummer:

### Vorbericht

Bisherige Erkrankungen:

Dauermedikation:

Datum letzte Tollwutimpfung:

gültig bis:

Frei von Ektoparasiten  ja

nein

letzte Entwurmung am

mit

**oder** Kotuntersuchung am:

(Befund unbedingt beilegen!)

### Klinische Untersuchung (für Anmerkungen verwenden Sie bitte die Rückseite)

- Ernährungszustand:  mager  ideal  übergewichtig
- Schleimhäute:  ohne b. Befund  Anmerkung auf der Rückseite
- Zahnstein:  kein  ggr.  mgr.  hgr.
- Hautoberfläche u. Haarkleid:  ohne b. Befund  Anmerkung auf der Rückseite
- innere Körpertemperatur: \_\_\_\_\_ °C
- Atmung/Lunge:  ohne b. Befund  Anmerkung auf der Rückseite
- Herz u. Kreislauf:  ohne b. Befund  Anmerkung auf der Rückseite
- Abdomen:  ohne b. Befund  Anmerkung auf der Rückseite
- schmerzhafte Veränderungen in  
Wirbelsäule/ Extremitäten:  ohne b. Befund  Anmerkung auf der Rückseite

Der Hund ist schmerzfrei

ja  nein

Der Hund ist aus medizinischer Sicht einsatztauglich

ja  nein

### Tierärztin/Tierarzt

Name:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Betreuen sie den oben genannten Hund regelmäßig?  ja, seit

nein

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel Tierärztin/Tierarzt