

Tierärztliches Gesundheitszeugnis für die Abgabe eines Tieres

Informationen zur Person

Nachname

Straße, Hausnummer

E-Mail

Vorname

Postleitzahl, Ort

Telefon

Informationen zum Tier

Name

Rasse

Geschlecht: männlich weiblich

Chip-Nr. / Tattoo-Nr.

Tierart: Hund Katze Kleintier

Kleintierart

Kastration: ja nein

Geburtsdatum

Tierärztliche Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen:	
Mir wird das Tier heute zum ersten Mal vorgestellt.	<input type="checkbox"/>
Das Tier war schon einmal Patient in meiner Praxis.	<input type="checkbox"/>
Ich bin die Haustierärztin / der Haustierarzt.	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	Bemerkungen
Sind die Augen in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind die Ohren / äußeren Gehörgänge in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Maul und Lefzen in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist das Gebiss in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vollständiger Zahnwechsel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnstein:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnfleischentzündung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Haut und Fell in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tastbare Zubildungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ektoparasiten / Flohkot:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Juckreiz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Analregion in Ordnung und sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind die Hoden in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist das Gesäuge in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind frühere Trächtigkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist das Gangbild in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	Bemerkungen
Sind die Gelenke in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind die Pfoten / Ballen / Krallen in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Auskultation des Herzens unauffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Auskultation der Lunge unauffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Palpation des Bauches unauffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es Hinweise auf chronische oder degenerative Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche:			
Werden diese bereits behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Dauertherapie notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verwendete Medikamente:			
Therapie seit:			
Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche:			
Letzte Floh-, Zecken-, Milbenbehandlung: Am: Mit:			
Letzte Entwurmung: Am: Mit:			
Der Impfausweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Auffrischungsimpfung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Letzte Impfung: Gegen: Erfolgt am: Gültig bis:			
Gewicht in kg:			

Ort, Datum

Unterschrift Tierbesitzer / Tierbesitzerin

Ort, Datum

Unterschrift Tierarzt / Tierärztin