

← bitte wenden

5. Die Erkrankung war am Untersuchungstag:

chronisch schmerzfrei sehr schmerzhaft

akut schmerzhaft schmerzberuhigende Mittel wurden verabreicht

4. Ursache der Erkrankung ?

3. Welche Diagnose stellen Sie ?

2. Wann traten die ersten Krankheitssymptome auf ?

1. Wann wurde die Untersuchung des Patienten zum ersten Mal von Ihnen verlangt ?

Datum: Ort: Uhrzeit:

Vorerkrankungen: ja nein

wenn ja, welche ?

Alter:

Geschlecht:

Rasse:

Grundfarbe, Abzeichen, Ohrmarke:

Name:

Geschätztes Gewicht:

Angaben zum erkrankten Tier

Versicherungsschein-Nr.: Tierbesitzer:

Krankheitsbericht

- durch den behandelnden Tierarzt auszufüllen -

Tierarzt (Bitte Unterschrift mit Stempel)

Ort

Datum

13. Das Tier ist mit Sicherheit dauernd unbrauchbar: ja nein

12. Das Tier bleibt vorübergehend unbrauchbar: ja nein

11. Die Gesundheit des Tieres war wiederhergestellt: ja nein

10. Muß mit dem Tod des Tieres durch diese Erkrankung trotz Behandlung gerechnet werden? ja nein

9. Das Krankheitsbild war danach gebessert unverändert verschlechtert
Kurze Beschreibung des Allgemeinzustands des Tieres:

8. Weitere Untersuchungs- / Behandlungstermine und Behandlungsmaßnahmen:
Letzter Behandlungstag:

7. Leiteten Sie eine Behandlung ein? ja nein
Kurze Beschreibung
Warum nicht?
War mit dem Tod des Tieres innerhalb von 2 Tagen zu rechnen? ja nein

6. Prognostische Beurteilung
a. Lebensfähigkeit gut schlecht
b. Heilungsaussichten gut schlecht
c. Gebrauchsfähigkeit gut schlecht