

TAT-Gesundheitszeugnis für Therapietiere



Angaben TierhalterIn

Name	Telefon
Adresse	E-Mail
Plz, Ort	

Angaben Tier

Tierart	Geb.-Datum bzw. Alter		
Rasse	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name	kastriert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ChipNr.	Tätowierung		

Veterinärmedizinische Untersuchung

(ist vom Tierarzt/ von der Tierärztin auszufüllen)

Bisherige Erkrankungen <i>(wenn ja bitte auf der Rückseite vermerken)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dauermedikation <i>(wenn ja bitte auf der Rückseite vermerken)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzfrei <i>(wenn nein bitte auf der Rückseite vermerken)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einsatztauglich aus medizinischer Sicht <i>(wenn nein bitte auf der Rückseite vermerken)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei den nachstehenden Fragen testen Sie bitte den Normalzustand des jeweiligen Körperbereichs; sollten Ihnen Abnormalitäten auffallen notieren Sie diese bitte auf der Rückseite.

ohne Befund?

1. Allgemeinverhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Hautoberfläche & Haarkleid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Schleimhäute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Maul & Zähne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Augen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Nase	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Respirationstrakt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Ohren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Gastrointestinaltrakt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Herz & Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Bewegungsapparat & Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Beine & Pfoten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum und Präparat der letzten Entwurmung _____

Angaben Tierarzt/Tierärztin

Name	Telefon
Adresse	E-Mail
Betreuen Sie das Tier regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel