



Gesundheitszeugnis für Therapiehunde

Tierbesitzer:

Name:

Adresse:

Telefon: _____

Name: _____

Microchip-Nr.: _____

Rasse: _____

Geb. - Datum : _____

Geschlecht: männl. weibl.

kastriert: ja nein

Vorbericht:

Bisherige Erkrankungen: _____

Letzte Impfung (Impfstoff) : _____ Datum: _____

Dauermedikation: ja _____ nein

Klinische Untersuchung:

Allgemeinverhalten und Körperhaltung: _____

Ernährungszustand: _____

Hautoberfläche und Haarkleid: _____

Schleimhäute: _____

Zahnstein: ggr. mgr. hgr.

Innere Körpertemperatur: _____ °C

Atmung/Lunge: _____

Herz u. Kreislauf: _____

Abdomen: _____

Bewegungsapparat : (schmerzhafte Veränderungen)

Wirbelsäule: _____ Extremitäten: _____

Schmerzfreiheit : ja nein

Einsatztauglichkeit aus medizinischer Sicht: ja nein

Bemerkungen: _____

Tierärztin/Tierarzt

Betreuen Sie oben genannten Hund regelmäßig: ja nein

Stempel :

Ort, Datum: _____

Unterschrift Tierärztin/Tierarzt: _____