

TIERÄRZTLICHER BERICHT

Pferd

Police Nr.

Schaden Nr.

Besitzer des Pferdes

Name	Vorname
Adresse	PLZ Ort
.....	
PLZ Ort	

Tierarzt

Name	Vorname
Adresse	PLZ Ort
.....	

Angaben über das Pferd

Name	Rasse			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Wallach	<input type="checkbox"/> Stute	<input type="checkbox"/> Hengst	Geburtsdatum/...../.....
Pass-Nr. / Transponder			

Tierärztlicher Bericht

Beginn der Symptome/...../.....	<input type="checkbox"/> Akute Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
Beginn der Behandlung/...../.....	<input type="checkbox"/> Chronische Krankheit	Datum des Unfalls/...../.....
Anamnese
.....
Symptome
.....

Diagnose

Prognose Quo ad vitam	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> schlecht
Quo ad usum	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> schlecht
Quo ad restitutionem	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> schlecht

Euthanasie oder Schlachtung vorgesehen? Ja Nein Falls ja, Datum:/...../.....

Präzision

In wie weit kann das Pferd

1) geritten werden:
 normal gelegentlich kann nicht mehr geritten werden

- Fall es momentan nicht mehr geritten werden kann:
Wahrscheinlichkeit es zukünftig wieder zu reiten:

sehr wahrscheinlich wahrscheinlich weniger wahrscheinlich unwahrscheinlich

2) Für den Sport verwendet werden

normal

gelegentlich

überhaupt nicht

- Falls es momentan nicht mehr für sportliche Zwecke verwendet werden kann: Wahrscheinlichkeit es wieder für den Sport einsetzbar ist:

sehr wahrscheinlich wahrscheinlich weniger wahrscheinlich unwahrscheinlich

Bemerkungen.....

.....

.....

.....

Wird Ihr Pferd bei einem/mehreren anderen Tierarzt/-ärzten betreut ?

.....

.....

Vorschläge für das weitere Vorgehen

.....

.....

Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

Danke für das vollständige Ausfüllen dieses Formulares, ansonsten können wir das Dossier nicht bearbeiten.

Wir erinnern Sie daran, dass Sie für Ihre Aussage haften und sich im Falle einer falschen Deklaration den gesetzlich vorgesehenen Strafverfolgungsmassnahmen aussetzen. Wir erinnern Sie auch daran, dass unsere Versicherungsnehmer/-innen mit Ihrer Unterschrift jeden Tierarzt von der Schweigepflicht gegenüber unserer Gesellschaft entbinden.

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Tierarztes