|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Angaben der Halterin / des Halters | | | | |
| Name: |  | | Datum: |  |
| Postleitzahl: |  | | E-Mail: |  |
| Stadt: |  | | Telefon: |  |
| Straße: |  | | | |
| Angaben zum Tier und zur Erkrankung | | | | |
| Name des Tieres: |  | | Haustierarzt: |  |
| Tierphysiotherapeut-/Osteopath: |  | | Tiertrainer: |  |
| Tierklinik-/Spezialist: |  | | | |
| Tierart/Rasse: |  | | Equidenpass (Schlachtpferd)?: |  |
| Geschlecht: |  | | Kastriert: | Ja /  Nein |
| Alter/Geburtsdatum: |  | | Körpergewicht: |  |
| Im Besitz seit: |  | | Herkunft/Land: |  |
| Welches Futter bekommt Ihr Tier? | |  | | |
| Impfungen (wann, wie oft, welche?): | |  | | |
| Wurmkuren (wann, wie oft, welche?): | |  | | |
| Frontline/Spot on/Scalibor (Zecken, Flöhe, Milben - Wie oft, welche?) | |  | | |
| Operationen? (Wann? Narben?) | |  | | |
| Frühere Erkrankungen? | |  | | |
| Regelmäßige Medikamente? | |  | | |
| Aktuelle Symptome? Seit wann? | |  | | |
| Diagnose(n)? | |  | | |
| Aktuelle Maßnahmen? | |  | | |