



## Gesundheitszeugnis für Therapiehunde

### Tierbesitzerin/Tierbesitzer:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

### Daten des Hundes:

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  männlich  weiblich

kastriert:  ja  nein

Rasse:

Chipnummer:

### Vorbericht:

Bisherige Erkrankungen:

Dauermedikation:

Datum der letzten Tollwutimpfung:

gültig bis:

Letzte Entwurmung am: mit

oder Kotuntersuchung am:

Frei von Ektoparasiten:  ja  nein

### Klinische Untersuchung:

- Ernährungszustand:  mager  ideal  übergewichtig
- Schleimhäute:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite
- Zahnstein:  kein  ggr.  mgr.  hgr.
- Hautoberfläche und Haarkleid:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite
- Innere Körpertemperatur:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite
- Atmung/Lunge:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite
- Herz und Kreislauf:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite
- Abdomen:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite
- Schmerzhaftige Veränderungen in:
  - Wirbelsäule:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite
  - Extremitäten:  ohne Befund  Anmerkungen auf der Rückseite

Der Hund ist schmerzfrei  ja  nein

Der Hund ist aus medizinischer Sicht einsatztauglich:  ja  nein

### Tierärztin/Tierarzt:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Betreuen Sie den oben genannten Hund regelmäßig?  ja, seit  nein

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel Tierärztin/Tierarzt

