

Gesundheits-Check PAB Bern



Name Besitzer*in:

Name Hund:

Chip: Wurfdatum:

Allg. Eindruck:

Gangwerk: oB.....

Rücken: oB.....

Herz: oB.....

Schleimhäute: oB.....

Atmung: oB.....

Ohren: oB.....

Bekommt der Hund regelmässig oder ab und zu Medikamente? Nein

Wenn ja welche:

Aus welchem Grund:

Bemerkungen:

Verhalten während der Untersuchung:

Als behandelnder Tierarzt oder behandelnde Tierärztin befinde ich den oben genannten Hund gesundheitlich in der Lage, Schul- und Kindergartenbesuche mit Kindern zu machen.

Ort, Datum:

Unterschrift und Stempel Tierarzt/Tierärztin:

Von Besitzer*in zu bestätigen:

Ich bestätige hiermit, mein Hund wird regelmässig geimpft und entwurmt.

Ort, Datum: Unterschrift