

# TAT-Gesundheitszeugnis für TherapiebegleiterInnen



## Angaben TierhalterIn

Name	Telefon
Adresse	E-Mail
Plz, Ort	

## Angaben Tier

Tierart	Geb.-Datum bzw. Alter
Rasse	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Name	kastriert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ChipNr.	Tätowierung

## Veterinärmedizinische Untersuchung

(ist vom Tierarzt/ von der Tierärztin auszufüllen)

Bisherige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(wenn <b>ja</b> bitte auf der Rückseite vermerken)
Dauermedikation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(wenn <b>ja</b> bitte auf der Rückseite vermerken)
Schmerzfrei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(wenn <b>nein</b> bitte auf der Rückseite vermerken)
Einsatztauglich aus medizinischer Sicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(wenn <b>nein</b> bitte auf der Rückseite vermerken)

### Impfungen

Aufrechte SHPPi + L	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzte Impfung gültig bis:	<input type="text"/>
Aufrechte Tollwutimpfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzte Impfung gültig bis:	<input type="text"/>

(Falls es eine Titermessung gegeben hat, vermerken Sie diese bitte mit Datum und Gültigkeit des Impfstoffes auf der Rückseite)

Bei den nachstehenden Fragen testen Sie bitte den *Normalzustand* des jeweiligen Körperbereichs; sollten Ihnen Abnormalitäten auffallen, notieren Sie diese bitte auf der Rückseite.

	<i>ohne Befund?</i>		<i>ohne Befund?</i>
1. Allgemeinverhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	8. Respirationstrakt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Hautoberfläche & Haarkleid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	9. Ohren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	10. Gastrointestinaltrakt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Schleimhäute	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11. Herz & Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Maul & Zähne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	12. Beine & Pfoten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Augen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	13. Bewegungsapparat & Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Nase	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Befund der letzten Kotuntersuchung (Flotation) neg.  pos.

Untersuchung durchgeführt am:

## Angaben Tierarzt/Tierärztin

Name	Telefon
Adresse	E-Mail
Betreuen Sie das Tier regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel