

TAT-Gesundheitszeugnis für Therapiebegleiter:innen



Angaben Tierhalter:in

| | |
|----------|---------|
| 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 bzw. von der Tierärztin auszufüllen)

Bisherige Erkrankungen ja nein *(wenn ja bitte auf der Rückseite vermerken)*

Dauermedikation ja nein *(wenn ja bitte auf der Rückseite vermerken)*

Schmerzfrei ja nein *(wenn nein bitte auf der Rückseite vermerken)*

Einsatztauglich aus medizinischer Sicht ja nein *(wenn nein bitte auf der Rückseite vermerken)*

Impfungen

Aufrechte SHPPi + L ja nein Letzte Impfung gültig bis:

Aufrechte Tollwutimpfung ja nein Letzte Impfung gültig bis:

(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.

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

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