
Gesundheitszeugnis für Hunde in tiergestützten Interventionen

Angaben zum/r Hundehalter/in

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Angaben zum Hund

Name: _____

Rasse: _____

Chipnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Rüde Hündin kastriert Hormonchip sterilisiert

.....

Veterinärmedizinische Stellungnahme (von dem/r behandelnden Tierarzt / Tierärztin auszufüllen)

Name des/r Veterinärs/in, Anschrift

Der oben genannte Hund wird von mir veterinärmedizinisch betreut seit _____

Datum der zuletzt erfolgten Untersuchung / Behandlung: _____

Bisherige Erkrankungen:

Dauermedikation: nein ja, _____

Ist der Hund aus veterinärmedizinischer Sicht für den Einsatz im Bereich der tiergestützten Intervention einsatztauglich? ja nein, weil (kurze Erläuterung)

Veterinärmedizinische Untersuchung (von dem/r behandelnden Tierarzt / Tierärztin auszufüllen)

Folgende Bereiche sollen untersucht werden:

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| 1. Allgemeiner Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 2. Hautoberfläche, Haarkleid | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 3. Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 4. Fang, Zähne, Maulgeruch | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 5. Augen | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 6. Nase | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 7. Rachen,... | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 8. Ohren, Gehör | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 9. Verdauung, Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 10. Herz- / Kreislaufsystem | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 11. Bewegungsapparat, Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |
| 12. Beine, Pfoten, Krallen | <input type="checkbox"/> ohne auffälligen Befund | <input type="checkbox"/> siehe Anmerkung |

(nähere Angaben bitte unten in Anmerkung erläutern)

Datum der letzten Entwurmung: _____ Präparat: _____

Datum der letzten Kotkontrolluntersuchung auf Endoparasiten: _____
(Untersuchungsergebnis liegt bei)

PFOTE

Professionelle Mensch-Hund-Teams
für tiergestützte Interventionen



Datum der letzten Parasitenbehandlung: _____ Präparat: _____

Giardiose-Testergebnis (nicht älter als 5 Tage): negativ positiv*

* voraussichtlicher Behandlungsabschluss: _____

Bestehende Zoonosen: nein ja (bitte aufführen):

Sonstige Anmerkung/en zur veterinärmedizinischen Untersuchung:

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift behandelnde/r Veterinär/in