

---

## 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