

Gesundheitsuntersuchung zur Helvetia PetCare Tierkrankenversicherung



Bitte je Tier ein Formular verwenden.
Sie haben Fragen? Rufen Sie uns gerne an: 069 1332 500

Vermittler/ Versicherungs-Nr.

RD	Vermittler-Nr.	Kennung	<input type="checkbox"/> Neuantrag	Versicherungsschein-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Antragsteller/ Tierhalter

Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Telefon	Fax
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer, Postfach		Mobiltelefon	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Untersuchungs- datum

Untersuchung am Die Untersuchung des Tieres darf erst ab Datum der Antragstellung erfolgen.

GOT

Untersuchungsgrundlage: GOT-Ziffer 20f–g.

Zu versicherndes Tier

<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	Name (gemäß Arztdatei)	Geburtsdatum	Farbe	Patient seit	Männl.	Weibl.	<input type="checkbox"/> Kastriert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rasse/Mischling aus				Besondere Kennzeichen		Mikrochip-/Tätowierungs-Nr.		
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Vorbericht

Vorerkrankungen

Ohne Befund: Keine Erkrankungen, seitdem das Tier Patient der Praxis ist. Ohne Befund: Die Vorgeschichte des Tieres ist nicht bekannt.

Frühere Erkrankungen/Operationen: Ausgeheilt: Ja Nein

Ausgeheilt: Ja Nein

Ausgeheilt: Ja Nein

Ausgeheilt: Ja Nein

Gesundheits- untersuchung

Befund

Ohne Befund: Das untersuchte Tier ist derzeit frei von Anzeichen akuter, chronischer, ansteckender oder nicht ansteckender Erkrankungen.
Der pathologische Befund lautet:

Folgeschäden

Ohne Folgeschäden: Beim untersuchten Tier können Folgeschäden aufgrund des o. g. pathologischen Befundes ausgeschlossen werden.
Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden, weil:

Bemerkungen

Aktueller Impfstatus

Impfung am	Gegen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Untersuchender Tierarzt

Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Ggf. Name der Praxis/Klinik	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer, Postfach		Telefon	Fax
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Unterschrift

Ich habe die Untersuchung des zu versichernden Tieres persönlich vorgenommen und die Fragen der Gesundheitsuntersuchung vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Mir bekannte Vorerkrankungen wurden angegeben.
Weitere Vorerkrankungen konnte ich nicht feststellen.

Ort, Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift des untersuchenden Tierarztes