

## Angaben zum versicherten Tier

Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

 Hund  Katze Rasse / Mischling aus: \_\_\_\_\_ männl.  weibl.  kastriert Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

besondere Kennzeichen / Chip / Tätowierung: \_\_\_\_\_

Name (wie in der Kartei und auf Rechnungen): \_\_\_\_\_

## Vet-Check Gesundheitszeugnis

Der Vet-Check darf erst ab dem Datum der Antragstellung erfolgen. Bitte Zutreffendes ankreuzen / o.B. = ohne Besonderheiten.  
Zu eventuellen Befunden die entsprechende Indexzahl (x) angeben. Möglicherweise notwendige Beilagen vermerken u. dazuheften.

Das oben genannte Tier wurde heute von mir unter besonderer Berücksichtigung folgender Punkte klinisch untersucht :

Anamnese <sup>1</sup> Krankengeschichte <sup>2</sup> Status quo <sup>3</sup>

mein Patient (zum ersten Mal vorgestellt) seit: \_\_\_\_\_ letzte Schutzimpfung (laut Impfpass) am : \_\_\_\_\_

 o.B. bekannte Erkrankungen: \_\_\_\_\_ ausgeheilt  nicht ausgeheilt: \_\_\_\_\_Haare <sup>1</sup> Haut <sup>2</sup> Augen <sup>3</sup> Ohren <sup>4</sup> Nase <sup>5</sup> Mundhöhle <sup>6</sup> After <sup>7</sup> Genitalöffnung <sup>8</sup> Hoden <sup>9</sup> Milchleisten <sup>10</sup> o.B. pathologische Befunde : \_\_\_\_\_Lymphknoten Palpation <sup>1</sup> Herz Auskultation <sup>2</sup> Kreislauf Kapillarfüllungszeit <sup>3</sup> Lunge Auskultation <sup>4</sup> Abdomen Palpation <sup>5</sup> o.B. pathologische Befunde: \_\_\_\_\_Lahmheiten bzw. Bewegungsstörungen Vorführen, Stellreflexe, Schmerzen <sup>1</sup> nervale Störungen Verhalten <sup>2</sup> o.B. pathologische Befunde: \_\_\_\_\_ Folgeschäden durch die oben genannten Befunde können ausgeschlossen werden. Folgeschäden durch die oben genannten Befunde können derzeit **nicht** ausgeschlossen werden:

Das Tier ist derzeit frei von Anzeichen akuter oder chronischer, ansteckender oder nicht ansteckender Erkrankungen. Mir bekannte Vorerkrankungen wurden angegeben und sind ausgeheilt.

Untersuchende(r) Tierarzt/Tierärztin, Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft die mit ihr vereinbarte Untersuchungsgebühr nur nach Annahme des Antrags und Einzahlung der ersten Versicherungsprämie übernimmt, und bin mit der Überweisung auf folgendes Konto einverstanden:

Bankkontowortlaut: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_ Konto: \_\_\_\_\_

Beilagen: \_\_\_\_\_

Ort, Datum der Untersuchung

Unterschrift u. Stempel des untersuchenden Tierarztes