



Tierärztliche Untersuchung für Therapiehunde

Hundehalter/in	Name, Vorname:
	Adresse:
	PLZ/Ort:

Hund	Rufname:
	Rasse:
	Wurfdatum:
	Geschlecht:

Tierarzt/ärztin	Name, Vorname:
	Adresse:
	PLZ/Ort:

Impfungen	Wurde der oben aufgeführte Hund regelmässig geimpft? (Tollwut, Staupe, Hepatitis, Leptospirose, Parvovirose, Zwingerhusten)	Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwurmung	Wurde der oben aufgeführte Hund in den letzten 6 Monaten entwurmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--	--------------------------	--------------------------

Untersuchung		normal?
		Ja

Augen	Bewegung, Bindehaut, Cornea, Vorhof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren	Zustand der Öffnungen, Ausfluss, Milben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nase	Allgemeiner Zustand, Ausfluss, Nasenhölen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fang/Hals	Atem, Mundschleimhäute, Leffen, Zunge, Zähne, Zahnfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf/Nacken	Lymphknoten, Larynx, Husten, Schilddrüse, Venenpulsation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Widerrist/Hinterteil	Deformation, Haltung, Schwellungen, empfindliche Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thorax	Form, Bewegung, Auskultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	Herzschlag, Rhythmus, Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	Grösse, Form, empfindliche Stellen, Milz, Leber, Nieren, Blase, Bruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitalien	Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anus/Rectum	Analdrüsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine/Pfoten	Haltung, Missformungen, empfindliche Stellen, Muskulatur, Geschwülste, Lymphknoten, Gelenkbewegungen, Pfotenballen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufbewegung	Gangart, Lahmheit, Paresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut/Fell	Farbe, Geruch, Pelzkleid, Verletzungen, Parasiten, Pilzbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktion	Reaktion auf Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemein	Temperament, Gewicht, Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ein von Ihnen festgestellter Befund die Arbeit des Hundes als Therapiehund verhindert oder nicht gestattet, begründen Sie dies bitte auf der Rückseite.

Datum	Stempel/Unterschrift Tierarzt/ärztin
-------	--------------------------------------