
Personalien Hundehalter/-in

Vorname/Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Angaben über den Hund

Rufname _____

Rasse/Mischling _____

Wurfdatum _____

Geschlecht: _____

Kastriert: _____

Bestätigung Tierarzt/Tierärztin

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass der Hund über die notwendige Grundimmunisierung sowie Auffrischungsimpfungen verfügt, regelmässig entwurmt wird sowie über die notwendige körperliche und seelische Gesundheit verfügt, um Einsätze als Therapiehund zu absolvieren.

Ja Nein

Begründung falls nein:

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift

Bescheinigung senden mittels Klick auf graue Schaltfläche unten