

---

## Personalien Hundehalter/-in

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

---

## Angaben über den Hund

Rufname \_\_\_\_\_

Rasse/Mischling \_\_\_\_\_

Wurfdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht: Rüde  Hündin

Kastriert: Ja  Nein

---

## 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 \_\_\_\_\_

Das ausgefüllte Formular ist vom Hundebesitzer/von der Hundebesitzerin an das Sekretariat THM zu senden:

Helena Polentarutti, Husmattstrasse 15, 3123 Belp oder an [helena.polentarutti@outlook.com](mailto:helena.polentarutti@outlook.com)