

Gesundheits-Check

am: _____

Tierbesitzer/in: _____

Hund

Katze

männlich

weiblich

kastriert

Name d. Tieres: _____

Transponder-Nr.: _____

Alter: _____

Gewicht: _____ kg

	ohne Befund	verändert	Bemerkungen
Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut / Fell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maul / Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz / Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atmungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harn-/Geschlechtsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zur Abklärung der festgestellten Veränderungen sind **weitere Untersuchungen / Maßnahmen** nötig:

Ich empfehle eine **Nachuntersuchung** in _____ Tagen/ Wochen/ Monaten

Nächster Entwurmungstermin: _____ (Wurmkuren sollten mindestens alle drei Monate durchgeführt werden)

Praxisstempel

