

Försäkringsaktiebolaget Agria (publ), Zweigniederlassung Deutschland

Peter-Müller-Straße 3  
40468 Düsseldorf

Telefon  
0211 88230 820

Untersuchung beantragt von	Name?		Zweck <input type="checkbox"/> Versicherung	Verkauf/ Übernahme <input type="checkbox"/> neuer Halter												
	<input type="checkbox"/> Tierhalter <input type="checkbox"/> Agria <input type="checkbox"/> Anderer															
Angaben zum Tierhalter	Name, Vorname		Versicherungsnummer													
	Wohnanschrift		Land	Postleitzahl												
Angaben zum Tier	Name		Geburtsdatum													
	Rasse		Geschlecht <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀													
	Id-/Registrierungsnummer		Kastriert <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀													
Tier <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Vogel		Anderes	Farbe und besondere Kennzeichen													
Klinische Untersuchung	<b>1 Allgemeinzustand</b>		<b>2 Temperament</b>		<b>3 Haut, Haarkleid</b>		<b>4 Tastbare Lymphknoten</b>		<b>5 Augen</b>		<b>6 Ohren</b>		<b>7 Mundhöhle, Zähne und Rachen</b>			
	<input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Abgemagert <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Zurückhaltend <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gerötet <input type="checkbox"/> Ausschlag <input type="checkbox"/> Papeln <input type="checkbox"/> Pusteln <input type="checkbox"/> Tumore <input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> Schuppen <input type="checkbox"/> Parasitenbefall <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Normal vergrößert <input type="checkbox"/> Lokal vergrößert <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonstiges		Bindehautentzündung <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Entropium <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Ektropium <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Schleimhäute abnormal <input type="checkbox"/> Schleimhäute normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Gerötet Otitis <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Chronisch <input type="checkbox"/> Geschwollen <input type="checkbox"/> Exsudat <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Zahnstein <input type="checkbox"/> Frakturierter Zahn/Zähne <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/> Tonsillitis <input type="checkbox"/> Bissanomalie <input type="checkbox"/> Fehlstellung <input type="checkbox"/> Sonstiges			
	<b>8 Bauchorgane, Palpation und rektale Untersuchung</b>		<b>9 Kreislauf</b>		<b>10 Atmungssystem</b>		<b>11 Fortpflanzungsapparat</b>		<b>12 Muskulatur, Sehnen, Pfoten und Krallen</b>		<b>13 Skelett, Bänder und Gelenkmanipulation</b>					
	<input type="checkbox"/> Nabelbruch <input type="checkbox"/> Druckdolenz <input type="checkbox"/> Prostata vergrößert <input type="checkbox"/> Keine rektale Untersuchung <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Leistenbruch <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Herzgeräusch <input type="checkbox"/> Anzeichen von Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Normal, Sonstiges		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pos. Hustenreflex <input type="checkbox"/> Spontaner Husten <input type="checkbox"/> Nasensekret <input type="checkbox"/> Abnormale Geräusche bei Auskultation <input type="checkbox"/> Normale Atmung <input type="checkbox"/> Abnormale Atmung <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kryptorchismus <input type="checkbox"/> Abnormale Hodengröße, l., r. <input type="checkbox"/> Hodentumor(e) <input type="checkbox"/> Präputialkatarrh <input type="checkbox"/> Genitalkatarrh <input type="checkbox"/> Mammatumor(e) <input type="checkbox"/> Schein-schwangerschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Gute Muskulatur <input type="checkbox"/> Normale Atrophie <input type="checkbox"/> Lokale Atrophie <input type="checkbox"/> Druckempfindliche Pfoten <input type="checkbox"/> Krallenverletzung Lähmung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pododermatitis <input type="checkbox"/> Furunkulose <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Biegen <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Andere Gelenke Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Patellaluxation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Knickrute <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sonstiges			
	Ausführung der obigen Beobachtungen:															
	Tier gegenwärtig in ärztlicher Behandlung:															
	Der Unterzeichner bestätigt nach bestem Wissen, dass das Tier bisher die Untersuchungen und/oder Behandlungen erhalten hat:															
	Röntgen, EKG, Ultraschall oder eine umfassende Augenuntersuchung. Ergebnisse:															
	Gesamteindruck/Anmerkungen															
	Gültig 7 Tage nach der Untersuchung															
Unterschrift	Ort und Datum				Stempel des Tierarztes, Klinikanschrift, Telefon und E-Mail											
	Unterschrift des Tierarztes															