

Untersuchungsgrundlage ist die GOT-Ziffer 20f-g. Bitte je Tier ein Formular verwenden. Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an unter: 069 1332-500

**Vermittler/  
Versicherungs-Nr.**

FD  Vermittler-Nr.  Kennung   Neuantrag  Versicherungsschein-Nummer

**Antragsteller/  
Tierhalter**

Titel, Name, Vorname  Frau  Herr  Telefon  Fax   
 Straße, Hausnummer, Postfach  E-Mail   
 Postleitzahl, Ort

**Untersuchungs-  
datum**

Untersuchung am  Die Untersuchung des Tieres darf erst ab Datum der Antragstellung erfolgen.

**Zu versicherndes  
Tier**

**Hund Katze**   Name (gemäß Arztdatei)  Geburtsdatum  Farbe  Patient seit  Männl.  Weibl.  Kastriert:  Ja  Nein  
 Rasse/Mischung aus  Besondere Kennzeichen  Mikrochip-/Tätowierungs-Nr.

**Vorbericht**

**Vorerkrankungen**  
 Ohne Befund: Keine Erkrankungen, seitdem das Tier Patient der Praxis ist.  Ohne Befund: Die Vorgeschichte des Tieres ist nicht bekannt.  
 Frühere Erkrankungen/Operationen:  Ausgeheilt:  Ja  Nein  
  Ja  Nein  
  Ja  Nein  
  Ja  Nein

**Gesundheits-  
untersuchung**

**Befund**  
 Ohne Befund: Das untersuchte Tier ist derzeit frei von Anzeichen akuter, chronischer, ansteckender oder nicht ansteckender Erkrankungen.  
 Der pathologische Befund lautet:

**Folgeschäden**  
 Ohne Folgeschäden: Beim untersuchten Tier können Folgeschäden aufgrund des o. g. pathologischen Befund ausgeschlossen werden.  
 Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden, weil:

**Bemerkungen**

**Aktueller Impfstatus**  
 Impfung am  Gegen

**Untersuchender  
Tierarzt**

Titel, Name, Vorname  Frau  Herr  Ggf. Name der Praxis/Klinik   
 Straße, Hausnummer, Postfach  Telefon  Fax   
 Postleitzahl, Ort  E-Mail

**Unterschrift**

Ich habe die Untersuchung des zu versichernden Tieres persönlich vorgenommen und die Fragen der Gesundheitsuntersuchung vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.  
 Mir bekannte Vorerkrankungen wurden angegeben. Weitere Vorerkrankungen konnte ich nicht feststellen.  
  
 Ort, Datum der Untersuchung  Stempel und Unterschrift des untersuchenden Tierarztes