

# Gesundheitsuntersuchung - Hippo PetCare Tierkrankenversicherung



Untersuchungsgrundlage ist die GOT-Ziffer 20f-g. Bitte je Tier ein Formular verwenden.  
Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an unter: 04106-61840

## 1. Vermittler/ Versicherungs-Nr.

FD	Vermittler-Nr.	Kennung

Neuantrag

Versicherungsschein-Nummer

## 2. Antragssteller/ Tierhalter

Titel, Name, Vorname  Frau  Herr

Straße, Hausnummer, Postfach

Postleitzahl, Ort

Telefon  Fax

E-Mail

## 3. Untersuchungs- datum

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

## 4. Zu versichern- des Tier

<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	Name (gemäß Arztdatei)	Geburtsdatum	Farbe	Patient seit	Männl. <input type="checkbox"/>	Weibl. <input type="checkbox"/>	Kastriert? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
		Rasse/Mischling aus			Besondere Kennzeichen	Mikrochip/Tätowierungs-Nr.				
		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>				

## 5. 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:

<input type="text"/>	Ausgeheilt:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 6. Vorbericht

**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 Befundes ausgeschlossen werden.

Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden, weil:

**Bemerkung**

**Aktueller Impfstatus**

Impfung am	Gegen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 7. Untersuchender Tierarzt

Titel, Name, Vorname  Frau  Herr

Straße, Hausnummer, Postfach

Postleitzahl, Ort

Ggf. Name der Praxis/Klinik

E-Mail

Telefon  Fax

## 8. 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