

Försäkringsaktiebolaget Agria (publ), Zweigniederlassung Deutschland

Klaus-Bungert-Straße 5 Telefon
40468 Düsseldorf 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		Id-/Registrierungsnummer					
	Tier <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Vogel		Kastriert <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀					
Anderes		Farbe und besondere Kennzeichen						
Klinische Untersuchung	1 Allgemeinzustand	2 Temperament	3 Haut, Haarkleid	4 Tastbare Lymphknoten	5 Augen	6 Ohren	7 Mundhöhle, Zähne und Rachen	
	<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 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	
	8 Bauchorgane, Palpation und rektale Untersuchung	9 Kreislauf	10 Atmungssystem	11 Fortpflanzungsapparat	12 Muskulatur, Sehnen, Pfoten und Krallen	13 Skelett, Bänder und Gelenkmanipulation		
	<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		
	Ausführung der obigen Beobachtungen:							<input type="checkbox"/> Patellaluxation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Tier gegenwärtig in ärztlicher Behandlung:							<input type="checkbox"/> Knickrute <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sonstiges
	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							