

Försäkringsaktiebolaget Agria (publ), Zweigniederlassung Deutschland
Klaus-Bungert Straße 5
40468 Düsseldorf
Tel: 0211 88 230 820

Sehr geehrte Tierärztin, sehr geehrter Tierarzt,

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und sorgfältig aus. Ihre Angaben dienen der korrekten Risikoeinschätzung und damit einer fairen Beitragsfindung für alle Versicherten.

Hinweis für importierte Hunde:

Dieses Formular dient dazu, den Gesundheitszustand von aus dem Ausland importierten Hunden beim Versicherungsabschluss transparent zu dokumentieren.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte beachten Sie, dass anfallende Kosten für die Untersuchung und die Ausstellung der Bescheinigung vom Tierhalter selbst zu tragen sind.

Angaben zum Tierhalter	Name, Vorname _____		Versicherungsnummer _____		
Angaben zum Tier	Tiername _____		Geburtsdatum _____	Geschlecht ☐ Weiblich ☐ Männlich	
	Rasse _____		Tierart ☐ Hund ☐ Katze	Gewicht _____ kg	Chipnummer _____
Aktuelle klinische Untersuchung	Ernährungszustand	Allgemeinbefinden	Haut & Haarkleid	Tastbare Lymphknoten	Augen
	☐ Gut ☐ Adipös ☐ Kachektisch	☐ Normal ☐ Reduziert	☐ o.b.B. ☐ Dermatitis ☐ Effloreszenz ☐ Alopezie ☐ Parasiten ☐ Tumor ☐ Verletzungen ☐ Sonstiges*	☐ o.b.B. ☐ Vergrößert* ☐ Sonstiges*	☐ o.b.B. ☐ Konjunktivitis ☐ L ☐ R ☐ Entropium ☐ L ☐ R ☐ Ektropium ☐ L ☐ R ☐ Sonstiges*
	Ohren		Mundhöhle, Zähne und Rachen		Kreislauf
☐ o.b.B. ☐ Sonstiges* ☐ Parasiten ☐ Otitis ☐ L ☐ R ☐ Akut ☐ Chronisch		☐ o.b.B. ☐ Zahnstein ☐ Zahnfraktur ☐ ggr. ☐ hgr. ☐ Gingivitis ☐ Bissanomalie ☐ Tonsillitis ☐ Fehlstellung (entsprechend des Lebensalters) ☐ Sonstiges*		☐ o.b.B. ☐ Anzeichen einer Herzinsuffizienz ☐ Sonstiges*	

	Palpation des Abdomens	Atmungssystem	Bewegungsapparat	Fortpflanzungsapparat
	☐ o.b.B. ☐ Nabelbruch ☐ Leistenbruch ☐ Druckdolenz ☐ Sonstiges*	☐ o.b.B. ☐ positiver Hustenreflex ☐ Husten ☐ Nasensekret ☐ Stridor ☐ Auskultatorischer Befund* ☐ Sonstiges*	☐ o.b.B. ☐ Atrophie ☐ Pododermatitis ☐ Furunkulose ☐ Lahmheit* ☐ Flexionsdolenz* ☐ Druckdolenz in der Wirbelsäule ☐ Patellaluxation ☐ L ☐ R ☐ Knickrute ☐ Sonstiges*	☐ o.b.B. ☐ Kryptorchismus ☐ L ☐ R ☐ Sonstiges*

Weitere Ausführung der obigen Angaben, essenziell wenn mit * markiert.

Das Tier ist gegenwärtig in tierärztlicher Behandlung: ☐ Ja ☐ Nein	Das Tier wurde in dieser Praxis bereits behandelt: ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wurden bildgebende Verfahren eingesetzt? ☐ Ja ☐ Nein	Diese Befunde wurden bislang festgestellt:
Datum 	Name des Tierarztes und der Tierarztpraxis	Stempel der Praxis oder Klinik Bei digitaler Einsendung per Mail <u>durch die Tierarztpraxis</u> nicht erforderlich
Unterschrift des Tierarztes Auch digital möglich		

o.b.B. = ohne besonderen Befund

* weitere Angaben essenziell