



Verein Prevent a bite (PAB) Schaffhausen

## Gesundheitscheck Prevent a bite

Name Besitzer: .....

Name Hund: .....

Rasse: .....

Geburtsdatum: .....

Chip Nr.: .....

Geschlecht des Hundes:  Hündin  Rüde

Ist der Hund kastriert:  ja  nein

Allgemeiner Eindruck: .....

Gangwerk: oB Rücken: oB

Herz: oB Schleimhäute: oB

Atmung: oB Ohren: oB

Zähne: oB

Wurde der Hund regelmässig entwurmt / geimpft?  Ja  Nein

Datum letzte Entwurmung: .....

Datum letzte komb. Impfung: .....

Bekommt der Hund regelmässig oder ab und zu Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: .....

Aus welchem Grund: .....

Bemerkungen: .....

Verhalten während der Untersuchung: .....

Als behandelnder Tierarzt attestiere ich den oben genannten Hund gesundheitlich in der Lage, Schulbesuche bei Kindern zu machen.  Ja  Nein

Wenn nein, weshalb: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift und Stempel Tierarzt: