



# Tierärztlicher Bericht

SCHADENFALL VON:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**TIER-GATTUNG**       *Milchvieh/Mutterkühe*       *trächtige Mesen*       *Mastvieh*

Ohrmarke/TVD-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Tag, Monat, Jahr \_\_\_\_\_

Kalbedatum \_\_\_\_\_

**Schadenursache:**               **Unfall**               **Krankheit**

**Unfallhergang/Krankheitssymptome** \_\_\_\_\_

**Diagnose** \_\_\_\_\_

Erster Beizug/Untersuchung/Behandlung \_\_\_\_\_

Letzter Beizug/Untersuchung/Behandlung \_\_\_\_\_

**Wieviele Tierarztbesuche sind erfolgt?** \_\_\_\_\_ Anzahl

**Hätte der Schadenfall bei früherem Beizug eines**                       Ja     Nein

**Tierarztes verhindert werden können?**                       gute Aussichten

**Ist der Tiereigentümer -halter seiner Pflicht nachgekommen?**     Ja     Nein

teilweise

**Getroffene Massnahmen** \_\_\_\_\_

**Schlachtung/Tötung** \_\_\_\_\_ **Verwertung möglich?**  Ja     Nein  
Datum

**Wie beurteilen Sie das Leiden?**                       als akut               als chronisch

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift Tierarzt \_\_\_\_\_

**DAS AUSGEFÜLLTE FORMULAR IST DIREKT DER GESCHÄFTSSTELLE EINZUREICHEN!**