

## DATEN HUNDEBESITZER

Vorname	Nachname
Adresse (PLZ, Ort, Straße/ Gasse)	Geb. Datum
Telefon	Mail

Wenn ich in dringenden Angelegenheiten, z.B. Krankheit meines Hundes, nicht erreichbar sein sollte, bitte ich folgende Person(en) zu benachrichtigen

Vorname	Nachname
Adresse (PLZ, Ort, Straße/ Gasse)	Geb. Datum
Telefon	Mail

Vorname	Nachname
Adresse (PLZ, Ort, Straße/ Gasse)	Geb. Datum
Telefon	Mail

## DATENBLATT HUND

Von \_\_\_\_\_ :\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ :\_\_ Uhr

<b>Hundename:</b>	
<b>Rasse:</b>	
<b>Chipnummer:</b>	
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <span style="margin-left: 100px;">Läufig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span> Lzt. Läufigkeit:
<b>Alter:</b>	
<b>Kastriert:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Verträglich:</b>	<input type="checkbox"/> mit allen <input type="checkbox"/> nur mit bestimmten _____ <input type="checkbox"/> mit keinem
<b>Fütterung + Menge pro Mahlzeit:</b>	<input type="checkbox"/> 1mal <input type="checkbox"/> 2mal <input type="checkbox"/> 3mal <input type="checkbox"/> 4mal täglich  <b>Menge pro Mahlzeit:</b>
<b>Krankheiten:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Medikamente:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Bemerkungen Fütterung</b>	Trockenfutter anfeuchten
<b>Bemerkungen Krankheiten</b>	Bitte nennen Sie exakt die Krankheiten Ihres Hundes
<b>Bemerkungen Medikamente</b>	Die exakte Medikation (Präparat, Verabreichungsmenge)
<b>Behandelnder Tierarzt Name und Adresse</b>	Bei Vorerkrankungen unbedingt anzugeben

Pflichtimpfschutz Bis:	Letzter Zecken- und Flohschutz	Letzte Entwurmung
Hunde- Haftpflichtversicherung	Versicherungsgeber	Versicherungsnummer

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen. Für Schäden/ Kosten, die aufgrund falscher Angaben, ob wissentlich oder unwissentlich, übernehme ich die alleinige Haftung.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------