



# PET CARE

## Modau

Bild

### Tierdatenstammblatt Katze

NR.: K- \_\_\_\_\_

#### ► **Tiereigentümer Daten:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Alt. Ansprechpartner

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_



#### **Tier aus dem Tierschutz?**

Prüfen Sie bitte die Eigentumsverhältnisse und legen sie ggfs. den Tierschutzvertrag bei.

#### ► **Tierdaten**

Name: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Männlich  Weiblich  Kastriert  Sterilisiert

Haltung:  Freigang  Wohnung

Besondere Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Registriert : \_\_\_\_\_

Chipnummer: \_\_\_\_\_

#### ► **Versicherungen**

Operationsversicherung



Bitte legen Sie zu jeder vorhanden Versicherung eine Kopie bei.

Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung

Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

► **Medizinisches**

Haustierarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_



Im Falle von bekannten Krankheiten, Allergien oder einer notwendigen Medikamentengabe, füllen Sie bitte das **Medizinisches Anlagenblatt** ausführlich aus.

Flohschutz     Zeckenschutz     Entwurmt

Impfungen



Bitte legen Sie den Impfpass in Kopie bei.

Sollte das Tier so schwer erkranken oder verletzt sein, so dass es eingeschläfert werden muss, wird der Tierhalter bzw. Eigentümer umgehend informiert. Sollte der Tierhalter/ Eigentümer nicht erreichbar sein, so:

wird es ausdrücklich abgelehnt.                       liegt es im Ermessen der Firma A & O Mobile Services GbR

liegt es im Ermessen des behandelnden Tierarztes

liegt es im Ermessen von: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

► **Betreuungshinweise**

Futter: \_\_\_\_\_

Futtermenge: \_\_\_\_\_

Fütterungszeiten:     Morgens     Mittags     Nachmittags     Abends

Körperpflege: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

► **Sonstige Hinweise:**

---

---

---

---

Ich versichere alle Angaben (incl. Anhang) wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



## Medizinisches Anlageblatt zu Tds. Nr.   K   - \_\_\_\_\_

Hinweise:

Bitte füllen Sie die Felder ausführlich aus!

Falls Dokumente vorhanden sind bitte in Kopie beilegen

▶  **Bekannte Krankheiten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

▶  **Bekannte Allergien und Unverträglichkeiten**

---

---

---

---

---

---

---

---

▶  **Medikamentengabe und Hinweise**

---

---

---

---

---

---

---

---