

Angaben zum Tierhalter

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon privat

Telefon mobil

Email

Fax

Angaben zum Blutspender

Name des Tieres

Art/Rasse

Geburtsdatum Patient (TT / MM / JJ)

Gewicht (kg)

Tätowier-/Chipnummer

Geschlecht männlich weiblich kastriert

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Hat oder hatte das Tier Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche und wann?		
Wurde in letzter Zeit ein Gewichtsverlust festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird oder wurde das Tier medikamentös behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja mit welchen Medikamenten:		
Befindet sich Ihr Tier derzeit in tierärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammt Ihr Tier aus dem (südlichen) europäischen oder nicht europäischen Ausland?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, woher?		
Hat Ihr Tier in der Vergangenheit Blut - oder Blutkomponententransfusionen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?		
War oder ist das Tier (schon einmal) trächtig oder hatte es Aborte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Von Tierklinik auszufüllen:		
Befindet sich das Tier in gutem Allgemeinzustand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Vergrößerungen der Lymphknoten festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde das Tier geimpft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Impfung? Wann?		
Wurde das Tier gegen Ektoparasiten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Womit? Wann?		
Wurde das Tier gegen Endoparasiten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Womit? Wann?		

Ort/Datum

Unterschrift