



Tierärztlicher Bericht

Name des Versicherungsnehmers	
Name des Pferdes	
Policen Nr	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
Farbe	
Pass Nummer / ID- Nummer	
Art des Schadens	
Erkrankung	
Unfall	
Mit Todesfolge	
Datum der Erstbehandlung	
Symptome	
Diagnose	
Behandlung	
Prognose	
Ursache des Unfalls bzw. der Erkrankung	
Ist das Pferd rechtzeitig tierärztlich behandelt worden (vertraulich)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen	
Zustand des Pferdes	<input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> in Behandlung <input type="checkbox"/> tot
Ort & Datum	
Unterschrift behandelnder Tierarzt	
Entscheidung der Versicherung	
Ort & Datum	