

Behandlungsformular für Pferde

DBHF-010515

Versicherungsnehmer

Kundennummer..... Versicherungsnr.....
Name H/F..... Adresse.....
PLZ / Ort..... E-Mail.....
Telefon privat..... Telefon mobile.....
IBAN..... BIC.....

Der unterzeichnende Veterinär

Name.....
Ort.....

Erklärt, das nachfolgend beschriebene Pferd behandelt zu haben oder noch zu haben.

Name des Pferdes..... Rasse.....
Geschlecht..... Abstammung.....
Geburtsdatum..... Stammbuchnummer.....
Chipnummer..... Farbe + Zeichnung.....

Datum der ersten (Krankheits-) Erscheinungen:.....

Anamnese:.....
.....

Diagnose:.....

Therapie:.....
.....
.....

Prognose:.....

In..... Datum.....

Unterschrift des Veterinärs..... Unterschrift des Versicherungsnehmers.....

Adresse des Veterinärs..... Ort.....

Telefonnummer..... Fax.....

**Vorsicht! Einzelheiten des Chipnummer ist erforderlich. In der Erklärung senden Sie uns bitte die Originaldokumente.
Nach der Bearbeitung werden die Dokumente nicht zurückgegeben.**

Bitte schicken Sie dieses Formular nach ausfüllen an die unten angegebene Adresse.