

Die Meldung muss durch einen Arzt, eine Ärztin oder ein Spital erfolgen!

IDENTITÄT DES OPFERS (ANGABEN NUR MIT DEM AUSDRÜCKLICHEN EINVERSTÄNDNIS DES OPFERS ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS):					
NAME, VORNAME:					
ADRESSE:					
POSTLEITZAHL, ORT:					
TELEFON:		MOBILE:		E-MAIL:	
ANONYMISIERTE DATEN DES OPFERS, WELCHE ARCHIVIERT WERDEN (ANGABEN OBLIGATORISCH):					
GESCHLECHT:		<input type="checkbox"/> MÄNNLICH	<input type="checkbox"/> WEIBLICH	ALTER:	
INFORMATIONEN ZUM VORFALL:		DATUM:		ZEIT:	
BESCHREIBUNG:					
ANZEIGE BEI POLIZEI: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		SCHWEREGRAD DER VERLETZUNG: <input type="checkbox"/> BAGATELLE <input type="checkbox"/> LEICHT <input type="checkbox"/> MITTEL <input type="checkbox"/> SCHWER			
OBLIGATORISCHE ANGABEN ZUM VORFALL:					
IM ÖFFENTLICHEN BEREICH: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		BEIM HUND ZU HAUSE: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		HUND IST BEKANTT: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
EIGENER HUND: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		WEITERE ANGABEN:			
ANGABEN ZUM BISS:		<input type="checkbox"/> EIN BISS		<input type="checkbox"/> MEHRERE BISSE	
TYP DER VERLETZUNG:		<input type="checkbox"/> PRELLUNG <input type="checkbox"/> SCHWELLUNG		<input type="checkbox"/> KRATZER <input type="checkbox"/> SCHRAMME	
<input type="checkbox"/> HÄMATOM	<input type="checkbox"/> HAUTPERFORATION	<input type="checkbox"/> MUSKELPERFORATION		<input type="checkbox"/> MUSKELRISS	<input type="checkbox"/> MUSKELABRISS
<input type="checkbox"/> FRAKTUR		<input type="checkbox"/> TOTGEBISSEN / TOTGESCHÜTTELT		<input type="checkbox"/> ANDERE VERLETZUNGEN	
LOKALISATION:					
<input type="checkbox"/> KOPF		<input type="checkbox"/> HALS		<input type="checkbox"/> NACKEN	
<input type="checkbox"/> RUMPF		<input type="checkbox"/> BAUCH		<input type="checkbox"/> RÜCKEN	
<input type="checkbox"/> GESÄSS		<input type="checkbox"/> OBERE GLIEDMASSEN		<input type="checkbox"/> UNTERE GLIEDMASSEN	
<input type="checkbox"/> HÄNDE		<input type="checkbox"/> ANDERE			
IDENTITÄT DES HUNDEHALTERS / DER HUNDEHALTERIN					
NAME, VORNAME:					
ADRESSE:					
POSTLEITZAHL, ORT:					
TELEFON:		MOBILE:		E-MAIL:	
DATEN DES BEISENDEN HUNDES:					
RASSE:		GEBOREN AM:		NAME:	
GESCHLECHT: <input type="checkbox"/> MÄNNLICH <input type="checkbox"/> WEIBLICH		GEWICHT:	RISTHÖHE:	<input type="checkbox"/> KLEIN	<input type="checkbox"/> MITTEL <input type="checkbox"/> GROSS <input type="checkbox"/> RIESE
FELL: <input type="checkbox"/> KURZHAAR <input type="checkbox"/> STOCKHAAR <input type="checkbox"/> LANGHAAR <input type="checkbox"/> DRAHTHAAR <input type="checkbox"/> ANDERE				FARBE:	
CHIP-NUMMER: _____ ' _____ ' _____ ' _____ ' _____				KASTRIERT: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
AUSBILDUNGSKENNZEICHEN:				BESONDERE MERKMALE:	

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes resp. Spitals (bitte Angaben **gut lesbar**):

Das Original dieses Dokumentes ist an folgende Adresse zu schicken oder zu faxen:

Amt für Landwirtschaft, Veterinärdienst, Hauptgasse 72, 4509 Solothurn, Telefon 032 627 25 02, Fax 032 627 25 09