

Bissverletzungen durch Hunde, die eine Konsultation beim Tierarzt nach sich ziehen, müssen dem Veterinärdienst gemeldet werden!

| IDENTITÄT DES BESITZERS DES GEBISSENEN TIERES: | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| NAME, VORNAME: | | | | | |
| ADRESSE: | | | | | |
| POSTLEITZAHL, ORT: | | | | | |
| TELEFON: | | MOBILE: | E-MAIL: | | |
| DATEN DES GEBISSENEN TIERES: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SPEZIES: | | RASSE: | GEBOREN AM: | | |
| GESCHLECHT: <input type="checkbox"/> MÄNNLICH <input type="checkbox"/> WEIBLICH | | GEWICHT: | | | |
| CHIP-NUMMER: _____ ' _____ ' _____ ' _____ ' _____ | | ID-NUMMER (TVD, TATOO) | | | |
| KASTRIERT: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | AUSBILDUNGSKENNZEICHEN: | | | |
| INFORMATIONEN ZUM VORFALL: | | DATUM: | ZEIT: | | |
| BITTE VERWENDEN SIE FÜR DIE EXAKTE BESCHREIBUNG DES VORFALLS EIN SEPARATES BLATT ODER DIE RÜCKSEITE DES FORMULARS. | | | | | |
| 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 BEKANNT: <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"/> ANDERE | | | | | |
| IDENTITÄT DES HUNDEHALTERS / DER HUNDEHALTERIN | | | | | |
| NAME, VORNAME: | | | | | |
| ADRESSE: | | | | | |
| POSTLEITZAHL, ORT: | | | | | |
| TELEFON: | | MOBILE: | E-MAIL: | | |
| DATEN DES BEISSENDEN 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 Tierarztes (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