

# Gesundheitsuntersuchung zur Helvetia PetCare Tierkrankenversicherung



Ausgefülltes Formular bitte an Helvetia senden:  
Fax: 069 580055 199 oder E-Mail: direkt@helvetia.de

## Vermittler/ Versicherungs-Nr.

RD	Vermittler-Nr.	Kennung	<input type="checkbox"/> Neuantrag	Versicherungsschein-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

## Antragsteller/ Tierhalter

Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Telefon	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer, Postfach	Mobiltelefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Untersuchungs- datum

Untersuchung am  Die Untersuchung des Tieres darf erst ab Datum der Antragstellung erfolgen.

## GOT

Untersuchungsgrundlage: GOT-Ziffer 20f–g.

## Zu versicherndes Tier

<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze	Name (gemäß Arztdatei)	Geburtsdatum	Farbe	Patient seit	Männl. <input type="checkbox"/> Weibl. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kastriert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Rasse/Mischling aus	Besondere Kennzeichen		Mikrochip-/Tätowierungs-Nr.			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			

## Vorbericht

**Vorerkrankungen**

Ohne Befund: Keine Erkrankungen, seitdem das Tier Patient der Praxis ist.  Ohne Befund: Die Vorgeschichte des Tieres ist nicht bekannt.

Frühere Erkrankungen/Operationen:   Ausgeheilt:  Ja  Nein

Ausgeheilt:  Ja  Nein

Ausgeheilt:  Ja  Nein

Ausgeheilt:  Ja  Nein

## Gesundheits- untersuchung

**Befund**

Ohne Befund: Das untersuchte Tier ist derzeit frei von Anzeichen akuter, chronischer, ansteckender oder nicht ansteckender Erkrankungen.  
Der pathologische Befund lautet:

**Folgeschäden**

Ohne Folgeschäden: Beim untersuchten Tier können Folgeschäden aufgrund des o. g. pathologischen Befundes ausgeschlossen werden.  
Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden, weil:

**Bemerkungen**

**Aktueller Impfstatus**

Impfung am	Gegen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Untersuchender Tierarzt

Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Ggf. Name der Praxis/Klinik	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer, Postfach	Telefon	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Unterschrift

Ich habe die Untersuchung des zu versichernden Tieres persönlich vorgenommen und die Fragen der Gesundheitsuntersuchung vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Mir bekannte Vorerkrankungen wurden angegeben.  
Weitere Vorerkrankungen konnte ich nicht feststellen.

Ort, Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift des untersuchenden Tierarztes