

**Tierärztliche Bescheinigung für die Ausbildung zum Therapiebegleithund
am
Institut für systemische und tiergestützte Therapie**

Halter/in des Hundes

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Email _____

Daten zum Hund

Name _____

Rasse _____

Fellfarbe _____

Geb.datum _____

Kastration _____

Transponder-Nr. _____

Veterinärmedizinische Beurteilung

Wie beurteilen Sie den allgemeinen Gesundheitszustand des Hundes?

Leidet der o.g. Hund unter akuten oder chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder Einschränkungen?

Erhält der o.g. Hund aktuell / regelmäßig Medikamente?

Wann hat der o.g. Hund welche Impfung zuletzt erhalten?

Wann hat der Hund welche Entwurmung zuletzt erhalten?

Gibt es Auffälligkeiten beim Anfassen oder Abtasten des Hundes?

Lässt sich der Hund problemlos anfassen?

Ist der Hund aus veterinärmedizinischer Sicht für den Einsatz als Therapiebegleithund geeignet?

Gibt es aus Ihrer Sicht Einschränkungen / Anmerkungen?

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Tierarzt / Tierärztin

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Der o.g. Hund wird regelmäßig von der/dem u.g. Tierarzt / Tierärztin betreut _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Tierarzt/Tierärztin