

# Gesundheitsuntersuchung Helvetia PetCare Tierkrankenversicherung für Hunde und Katzen

Bitte je Tier einen Bogen verwenden.

**Haben Sie Fragen? Rufen Sie uns an unter: 050 222-0**



**Helvetia Versicherungen AG**

Firmensitz in 1010 Wien, Hoher Markt 10-11

HG Wien, FN 116899 k, DVR 0014991

www.helvetia.at

<b>Antragsteller bzw. Tierhalter</b>	<b>Titel, Vorname, Name:</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Neuantrag Polizzen-Nummer:
	<b>Anschrift:</b> Straße/Hausnummer/Stiege/Stock/Tür:	E-Mail:	
	Postleitzahl, Ort:		
<b>Datum der Untersuchung</b>	Untersuchung am: Die Untersuchung des Tieres darf erst ab Datum der Antragstellung erfolgen.		
<b>Zu versicherndes Tier</b>	<input type="checkbox"/> Hund Name (gemäß Datei):	Geburtsdatum:	Farbe: Mein Patient seit:
	<input type="checkbox"/> Katze		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
		kastriert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Rasse/Mischling aus:	Besondere Kennzeichen:	Mikrochip-/Tätowierungs-Nummer:
<b>Vorbericht</b>	<input type="checkbox"/> Ohne Befund	<b>Frühere Erkrankungen/Operationen:</b>	Ausgeheilt:
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Gesundheitsuntersuchung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ohne Befund</b> – das untersuchte Tier ist derzeit frei von Anzeichen akuter, chronischer, ansteckender oder nicht ansteckender Erkrankungen.		
<b>Pathologische Befunde</b>			
<b>Folgeschäden</b>	<input type="checkbox"/> Folgeschäden können ausgeschlossen werden. <input type="checkbox"/> Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden, weil:		
<b>Impfstatus</b>	Letzte Impfungen am:   Gegen:	Letzte Impfungen am:   Gegen:	
<b>Bemerkungen</b>			
<b>Untersuchender Tierarzt</b>	<b>Titel, Vorname, Name:</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Ggf. Name der Praxis/Klinik:	
	<b>Anschrift:</b> Straße/Hausnummer/Stiege/Stock/Tür:	Telefonnummer:	Fax:
	Postleitzahl, Ort:	E-Mail:	
<b>Unterschrift</b>	Ich habe die Untersuchung des zu versichernden Tieres vorgenommen und die Fragen der Gesundheitsprüfung vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Mir bekannte Vorerkrankungen wurden angegeben. Weitere Vorerkrankungen konnte ich nicht feststellen. <b>Datum und Ort der Untersuchung:</b>		<b>Stempel und Unterschrift des untersuchenden Tierarztes:</b>