



Therapiehundeteams Kärnten  
 Oberkrajach 2  
 9181 Feistritz im Rosental  
 AUSTRIA

## TIERÄRZTLICHES ATTEST

.....  
 Tierarzt:

.....  
 Name der Hundebesitzerin/des Hundebesitzers:

.....  
 Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer:

.....  
 Hundename/Rufname, Wurfdatum, Zuchtbuchnummer:

.....  
 Rasse, Rüde/Hündin, Kastriert/Nicht Kastriert:

.....  
 Chip-Nummer:

Geimpft:	Entwurmt:
Bekannte Erkrankungen/Allergien:	Akute/Chronische Schmerzen:
Endo-/Ektoparasiten:	Allgemeinbefinden:
Kopf:	Wirbelsäule:
Extremitäten:	Thorax:
Abdomen:	Haut:
Haarkleid:	Anderes:

**Aus tierärztlicher Sicht ist der vorgestellte Hund zum Therapiehund geeignet.**  
 (Zutreffendes ankreuzen)

**Ja**       **Nein**

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Stempel/Unterschrift

