

Krankheitsbericht Tierkranken-OP (durch den behandelnden Tierarzt auszufüllen)

Versicherungsschein-Nr.

Saatwinkler Damm 66
13627 Berlin
Tel.: 030 / 34 34 61 61
Fax: 030 / 34 34 61 66
info@GUP-Makler.de
www.GUP-Makler.de

Versicherungsnehmer

Angaben zum erkrankten Tier:

Rasse: _____ Geschlecht: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Farbe/Abzeichen: _____

Täto-Nr./Chip/Leben-Nr.: _____

Attest über folgende Erkrankungen/Behandlungen des Tieres:

1. Wann und mit welchem Vorbericht wurde Ihnen der Patient erstmals mit dieser Erkrankung vorgestellt?

Am: _____ wegen: _____

2. Wurde das Tier vorbehandelt/überwiesen? (bitte Überweisungsbericht beifügen!)

Nein Ja. Durch wen? _____

3. Wie war das Krankheitsbild bei der ersten Untersuchung? akut chronisch

Befunde: _____

4. Diagnose: _____

5. Die Erkrankung bestand seit: _____ (Datum)

6. Ursache der Erkrankung: _____

7. Ist der Gesundheitszustand des Tieres wieder hergestellt Ja
 Nein, weil: _____

8. War das Tier schon früher bei Ihnen in Behandlung?

Nein Ja. Wann und mit welcher Erkrankung?

Datum	Diagnose	Krankheitsverlauf: akut		chronisch
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nur bei Operationen auszufüllen

9. Welche Operation gemäß der Gebührenordnung wurde oder wird durchgeführt? GOT-Ziffer: _____

10. Wurden bei der Operation Befunde erhoben, die auf einen vorangegangenen chirurgischen Eingriff schließen lassen?

Nein Ja und zwar: _____

Nur bei Bauchhöhlenoperationen auszufüllen

11. Wurden bei dem Eingriff Befunde erhoben, die auf eine vorangegangene Laparotomie schließen lassen?

Nein Ja und zwar: _____

Bitte die spezifizierte Originalrechnung über die Behandlung beifügen.

Aus der Rechnung sollte folgendes ersichtlich sein:

- Behandlungsdaten/Behandlungszeitraum
- Identität des behandelten Tieres
- Die Diagnose und Angabe der durchgeführten Operation gemäß GOT
- Anzahl der durchgeführten tierärztlichen Verrichtungen (GOT-Ziffern) je Behandlungstag (mit Preis)
- Anzahl, Menge und Preis abgegebener Präparate (Medikament mit Handelsnamen, Ergänzungsfuttermittel/Diätfutter) und angewandter Medikamente/Materialien (Injektionsmedikamente, Verbandmaterial, etc.) je Behandlungstag
- Spezifikation sonstiger Kosten je Behandlungstag (Wegegeld, Unterbringungskosten, Bescheinigungen, Berichte)
- Datum und Preis für Impfungen und Parasitenmittel

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Tierarztes _____