

## | Veterinärintyg



För- och efternamn	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Person- el organisationsnummer
Postnummer och postort	Telefon kvällstid, även riktnr
E-post	Telefon dagtid, även riktnr
Clearingnummer/konto	

## Djuret

Namn	Födelsedatum
Ras	Kön
Färg och tecken	
Hull vid första undersökningen?	
Normal <input type="checkbox"/>	Dålig <input type="checkbox"/> Mycket dålig <input type="checkbox"/>
Registreringsnr eller chipnr	

## Sjukdomsbeskrivning

Enligt uppgift har djuret insjuknat (år, mån,dag, klockslag)	Djuret har avlidit <input type="checkbox"/> avlivats <input type="checkbox"/> Datum
Rådfrågning datum	Undersökning datum
Anamnes, sjukdomsbeskrivning och behandling	

## Diagnos

Djurets användbarhet nu och i framtiden

## Obduktion

Obduktion utförd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
------------------	-----------------------------	------------------------------

Om djuret avlivats, har detta skett:

På inrådan av undertecknad  På djurägarens begäran  Efter kontakt med Moderna Djurförsäkringar

## Underskrift

Ort och datum

Veterinärens underskrift och stämpel