

VETERINÄRINTYG

Intyget skickas eller lämnas till ditt ombud som är angivet på försäkringsbrevet.

Djurägare

Namn	Personnummer
------	--------------

Anmälan avser

<input type="checkbox"/> Full ersättning	<input type="checkbox"/> Delersättning	<input type="checkbox"/> Foster/föl
--	--	-------------------------------------

Djuret

Namn	Födelsedatum	Kön	Ras
Reg.nr eller ID.nr	Färg och tecken		
Tidpunkt för insjuknande	Hull vid första undersökning		
Datum för eventuell tidigare rådfrågning	Datum för eventuell tidigare undersökning		

Anamnes

--

Klinisk status

--

Diagnos

Konvalescenstid

Kan längre konvalescenstid påverka skadan/sjukdomen

Positivt Negativt Påverkar inte

Prognos

Prognos för överlevnad <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen	Användbarhet i framtiden som avelsdjur <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen
Användbarhet i framtiden som annat <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen	Vad?

Avlivning

<input type="checkbox"/> Kan normalslaktas <input type="checkbox"/> Bör av djurskyddsskäl nödslaktas	Datum då djuret dog/avlivades
Om djuret har avlivats har detta skett <input type="checkbox"/> På uppmaning av undertecknad <input type="checkbox"/> På djurägarens begäran	

Obduktion

Obducerad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Utförd av	Datum	Djuret sänt till
Vid obduktion iaktogs följande (bifoga obduktionsutlåtande)			

Intygas

Datum & ort	Veterinär (signatur och stämpel)
-------------	----------------------------------