

Family Cats Club e.V.

Eingetragen in das Vereinsregister Hagen VR 2409

Geschäftsstelle: M.Müller
58119 Hagen Unternahmerstr. 16
Tel. 02334 924692 Fax 02334 924694

Züchter: _____ Cattery: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____
Plz / Ort: _____ e-Mail: _____

Gesundheitszeugnis

Name: _____ geb.am: _____
Rasse: _____
Farbe: _____ Geschlecht: männl.
ZB Nr.: _____ weibl.

Impfungen

Katzenseuche: 1.Impfung am: _____ 2.Impfung am: _____
Katzenschnupfen: 1.Impfung am: _____ 2.Impfung am: _____
Leukose: 1.Impfung am: _____ 2.Impfung am: _____
Tollwut: Impfung am: _____

Die oben angegebene Katze wurde untersucht am: _____

Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind keine Anzeichen von ansteckenden Krankheiten oder Parasitenbefall erkennbar. Das Tier ist, wie im Impfausweis angegeben, geimpft.

Befunde:	ohne Befund	auffällig
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimhäute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelettsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarkleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut / Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane (Katze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoden (Kater)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ektoparasiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamteindruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewicht:	_____	_____ g

Bemerkungen: _____

Datum

Stempel und Unterschrift Tierarzt