

# Veterinärintyg

## Häst



Försäkringstagare	Person- / orgnr
-------------------	-----------------

### ➔ Uppgifter om hästen

Hästens namn	Född	Ras	Kön
Reg. nr eller Chipnr	Hästens färg och tecken		

### ➔ Diagnos

--

### ➔ Detaljerad anamnes


### ➔ Status och behandling


### ➔ Prognos

Användbarhet i framtiden som ..... häst	Användbarhet i framtiden som avelshäst	Prognos för överlevnad
<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen

### ➔ Vid slakt

<input type="checkbox"/> Normalslakt <input type="checkbox"/> Nödslakt	Avlivning/slakt har skett i samråd med hästägaren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avlivning/slakt måste godkännas av Dina Försäkringar Godkännande inhämtat av .....
Obduktion <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, utförd datum ..... Av .....		

### ➔ Övriga upplysningar, tidigare behandling eller annan relevant information


### ➔ Underskrift

Datum	Veterinärens underskrift	Telefonnr
Namnförtydligande och adress		