





## Tierärztlicher Erledigungsantrag

Name des Versicherungsnehmers

---

Name des Pferdes

---

Policen Nr.

Paß Nr.

---

Alter

Geschlecht

Farbe

---

Art des Schadens

schwere Erkrankung

Unfall

Ableben des Pferdes

---

Datum der Erstbehandlung

---

Symptome

---

---

---

Diagnose

---

---

---

Behandlung

---

---

---

Prognose

---

---

---

Ursache des Unfalls bzw. der Erkrankung

---

---

---

Ist das Pferd rechtzeitig tierärztlicher Behandlung zugeführt worden (vertraulich)

---

ja  nein

---

Bemerkungen:

---

---

---

Derzeitiger Zustand des Pferdes

geheilt

in Behandlung

tot

---

Ort & Datum

Unterschrift behandelnder Tierarzt

---

Entscheid der Betriebskommission

Ort & Datum

---

---