



Krankheitsbericht Pferde-OP-Versicherung

Pferde-OP-Versicherung Nr. _____

Pferd: _____

Die Kosten des Berichts trägt der Versicherungsnehmer.

Angaben zum erkrankten Tier:

Name: _____ Geburtstag: _____ Geschlecht: _____

Rasse: _____ Farbe/ Abzeichen: _____ Lebens-Nr.: _____

Ankaufsdatum: _____

Attest über folgende Erkrankungen/Behandlungen des Tieres:

Wann u. mit welchem Vorbericht wurde Ihnen der Patient erstmals mit dieser Erkrankung vorgestellt?

Am: _____ (Datum) Wegen: _____

Wurde das Tier vorbehandelt/überwiesen? (Bitte Überweisungsbericht beifügen!)

☐ Nein ☐ Ja. Durch wen? _____

Wie war das Krankheitsbild bei der ersten Untersuchung? ☐ akut ☐ chronisch

Befunde: _____

Diagnose: _____

Die Erkrankung bestand seit: _____ (Datum)

Ursache der Erkrankung: _____

Ist der Gesundheitszustand des Tieres wieder hergestellt? ☐ Ja ☐ Nein, weil: _____



War das Tier schon früher bei Ihnen in Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja. Wann und mit welcher Erkrankung?

Datum: _____ Krankheitsverlauf: ☐ akut ☐ chronisch

Diagnose: _____

Datum: _____ Krankheitsverlauf: ☐ akut ☐ chronisch

Diagnose: _____

Datum: _____ Krankheitsverlauf: ☐ akut ☐ chronisch

Diagnose: _____

(Ersatzweise kann ein Karteiausdruck beigelegt werden.)

Nur bei Operationen auszufüllen:

Welche Operation gem. der Gebührenordnung für Tierärzte wurde oder wird durchgeführt? GOT-Ziffer: _____

Wurden bei der Operation Befunde erhoben, die auf einen vorangegangenen chirurgischen Eingriff schließen lassen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____

Nur bei Bauchhöhlenoperationen auszufüllen:

Wurden bei dem Eingriff Befunde erhoben, die auf eine vorangegangene Laparotomie schließen lassen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Tierarztes

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Der Versicherungsnehmer/Tierbesitzer

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

tritt hiermit seine Ansprüche, die ihm aus der OP-Schutz-Versicherung für sein Tier mit der

Versicherungsschein-Nummer: _____

gegenüber der Schütz & Thies Versicherungskontor KG, aufgrund der
tierärztlichen Behandlung des folgenden Tieres

Name des Tieres: _____

Geburtsdatum des Tieres: _____

Rasse: _____

Geschlecht: _____

Lebens- oder Chip-Nummer: _____

zustehen, an die nachstehend genannte Tierklinik/Tierarztpraxis ab:

Name der Tierklinik/Tierarztpraxis: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

mit der Bankverbindung:

Name, Ort des Geldinstitutes: _____

IBAN und BIC: _____

Die vorgenannte Tierklinik/Tierarztpraxis wird ermächtigt, die Forderungen gegenüber der Schütz & Thies Versicherungskontor KG sofort anzufordern und im eigenen Namen gelten zu machen.

Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers/Tierbesitzers:

Mit seiner Unterschrift willigt der Versicherungsnehmer/Tierbesitzer ein, dass die genannte Tierklinik/Tierarztpraxis im zur Abwicklung der tierärztlichen Behandlung sowie zum Ausgleich der Behandlungskosten erforderlichen Umfang - jeweils im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen - Informationen über Deckung und Haftung des oben genannten Versicherungsvertrages und Schadenfall bei der Schütz & Thies Versicherungskontor KG einholt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Tierbesitzer

Die genannte Tierklinik/Tierarztpraxis nimmt die Abtretung an:

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigter der Tierklinik/Tierarztpraxis

