



Club für Exotische Rassehunde e.V.

Untersuchung auf Dermoid Sinus Zyste

Thailand Ridgeback

Untersuchung am (Datum): _____

Eigentümer: _____
(Name des Eigentümers)

wohnhaft in _____
(Wohnadresse des Eigentümers)

Tel. Nr.: _____ Mail: _____

Mitglied im Club für Exotische Rassehunde e.V.: Ja Nein

Rasse: Thailand Ridgeback

Name des Hundes: _____

Zuchtbuchnummer: _____ Rüde Hündin

Wurfdatum: _____ Chip-Nr.: _____

Farbe.: _____

Der Hund wurde heute auf Dermoid Sinus Zysten (DS) untersucht.

Kein DS festgestellt , DS festgestellt , Operationsnarbe von DS festgestellt .

DS-OP durchgeführt am _____

Tierarzt: _____
(Name Tierarzt)

(Adresse Tierarzt)

Tel. Nr.: _____ Mail: _____

Unterschrift und Praxisstempel: _____
Tierarzt