

## Formular zur Meldung von Hundebissverletzungen beim Menschen

[veterinaeramt@tg.ch](mailto:veterinaeramt@tg.ch) – Veterinäramt Kanton Thurgau, Zürcherstrasse 285, 8510 Frauenfeld

Identität des Hundehalters / der Hundehalterin des bissenden Hundes	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon / Handy	
Beschreibung des Hundes der gebissen hat	
Rasse / Mischling	Stammbaum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Farbe	Fell <input type="checkbox"/> Kurzhaar <input type="checkbox"/> Langhaar <input type="checkbox"/> Andere:
Grösse <input type="checkbox"/> Klein <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gross <input type="checkbox"/> Riese	Gewicht ca. _____ kg
Geschlecht <input type="checkbox"/> Rüde <input type="checkbox"/> Hündin	Kastriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn bekannt – Chip-Nr. _____ (15-stellige Nummer)	
Besondere Merkmale	

Identität der verletzten Person	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon / Handy	
Geburtsdatum	Alter <span style="margin-left: 100px;">Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</span>

**Informationen zum Vorfall** (für die Beschreibung des Vorfalls bitte Rückseite oder Zusatzblatt verwenden)

Datum / Zeit \_\_\_\_\_ Anzeige bei Polizei erstattet  ja  nein

Ort  im öffentlichen Bereich  beim Hund zuhause  anderer Ort \_\_\_\_\_

Besitzverhältnisse  Hund unbekannt  Hund bekannt:  eigener Hund  der Hund gehört \_\_\_\_\_

ein Biss  Mehrere Bisse  Andere \_\_\_\_\_

<b>Typ der Verletzung</b> (mehrere Angaben möglich)	<input type="checkbox"/> Prellung, Hämatom, Schwellung <input type="checkbox"/> Kratzer, Schramme <input type="checkbox"/> Hautperforation <input type="checkbox"/> Muskelperforation	<input type="checkbox"/> Muskelriss <input type="checkbox"/> Muskelabriss <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> Andere _____
<b>Lokalisation</b> (mehrere Angaben möglich)	<input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Gesäss	<input type="checkbox"/> Oberarm <input type="checkbox"/> Unterarm <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Andere _____
		<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Füsse

Angaben der Meldeperson	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon / Handy	

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_