

Formular zur Meldung von Hundebissverletzungen beim Tier

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 | |

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 _____

| | | | |
|--|--|---|--|
| Typ der Verletzung (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 _____ | <input type="checkbox"/> Totgebissen <input type="checkbox"/> Totgeschüttelt |
| Lokalisation (mehrere Angaben möglich) | <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Halsunterseite <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Flanke | <input type="checkbox"/> Vordere Gliedmassen <input type="checkbox"/> Hintere Gliedmassen <input type="checkbox"/> Andere _____ | <input type="checkbox"/> Gesäss <input type="checkbox"/> Kruppe <input type="checkbox"/> Schwanz |

| Identität der Halterin / des Halters des verletzten Hundes / Tieres | |
|---|---|
| Name / Vorname | |
| Adresse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon / Handy | |
| Amicus-ID | |
| Beschreibung des Tieres welches verletzt wurde (Hund, Katze, Kaninchen usw.) | |
| 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 | |
| Angaben der Meldeperson | |
| Name / Vorname | |
| Adresse / PLZ Ort | |
| Telefon / Handy | |

Datum: _____

Unterschrift / Stempel: _____