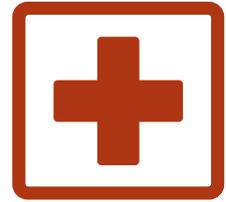


# Notfallcheckliste



Tierarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name des Tieres: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

---

---

---

Dauerhaft zu gebende Medikamente: \_\_\_\_\_

---

---

---

Allergien: \_\_\_\_\_

---

---

---

Impfungen:

---

---

---

---

---

Letztes Impfdatum:

---

---

---

---

---

Telefonnummer, unter die Ihr Tierarzt Sie erreichen kann:

---

Telefonnummer Tiertransport oder Taxi, die ein verletztes Tier mitnehmen:

---