

Tierabgabeformular

Halterdaten

Vorname: _____ Nachname: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Tierdaten

Tierart: _____

1. Geschlecht

männlich kastriert

weiblich nicht kastriert

2. Impfpass vorhanden? Ja Nein Papiere vorhanden? Ja Nein

3. Alter/Geburtsdatum _____

4. Kennzeichnung

Chip-Nummer _____ Tätowierung _____

5. Aussehen

Rasse _____ Fellfarbe _____

Besonderheiten _____

6. Charakter/Verhalten

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ängstlich/scheu | <input type="checkbox"/> anhänglich | <input type="checkbox"/> kann alleine bleiben, wenn ja, wie lange _____ |
| <input type="checkbox"/> wachsam | <input type="checkbox"/> beißt Menschen | <input type="checkbox"/> verträglich mit Artgenossen |
| <input type="checkbox"/> mag Katzen | <input type="checkbox"/> mag keine Katzen | <input type="checkbox"/> jagt Autos, Radfahrer, etc. |
| <input type="checkbox"/> verträglich mit Rüden | | <input type="checkbox"/> kennt Maulkorb |
| <input type="checkbox"/> verträglich mit Hündinnen | | <input type="checkbox"/> kinderverträglich |
| <input type="checkbox"/> jagdlich stark motiviert | | <input type="checkbox"/> hat keinen ausgeprägten Jagdtrieb |
| <input type="checkbox"/> nachtaktiv | <input type="checkbox"/> verträglich mit Hunden | |
| <input type="checkbox"/> verspielt | <input type="checkbox"/> selbstbewusst | |
| <input type="checkbox"/> frisst nur bestimmtes Futter | _____ | |

Ist allergisch gegen _____

Bisherige Operationen _____

Zeigt Verhaltensauffälligkeiten, z.B.: hat schon mal gebissen (bitte genau beschreiben)

Sonstiges

7. Bei Kaninchen, Vögeln und Meerschweinchen

Haben die Tiere draußen gelebt? Ja Nein

8. Bei Hunden und Katzen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> stubenrein | <input type="checkbox"/> noch unsauber | <input type="checkbox"/> fährt Auto |
| <input type="checkbox"/> erzogen | <input type="checkbox"/> nicht erzogen | <input type="checkbox"/> fährt nicht oder ungern Auto |
| <input type="checkbox"/> bleibt allein | <input type="checkbox"/> bleibt nicht allein | <input type="checkbox"/> durfte im Bett schlafen |
| <input type="checkbox"/> ist leinenführig | | |

Sonstiges

9. Bekannte Krankheiten

10. Behandelnder Tierarzt

11. Abgabegrund (bei Beißvorfällen bitte genaue Auflistung)

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift