



## Attest dierenarts in verband met blijvende ongeschiktheid paard

(Dit formulier uitsluitend gebruiken indien het volledige patiëntenverslag niet beschikbaar is)

De ondergetekende dierenarts: \_\_\_\_\_

Verklaart op \_\_\_\_\_ (datum) dat het paard van de navolgende eigenaar blijvend ongeschikt is bevonden.

### Verzekeringnemer

Relatienummer \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_ Bankrek.nr. \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Gegevens Paard

Naam Paard \_\_\_\_\_ Ras \_\_\_\_\_

Geslacht \_\_\_\_\_ Afstamming \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ Stamboeknr. \_\_\_\_\_

Chipnummer \_\_\_\_\_ Kleur \_\_\_\_\_

Datum eerste (ziekte)verschijnselen: \_\_\_\_\_

Anamnese: \_\_\_\_\_

Onderzoek + diagnose: \_\_\_\_\_

Ingestelde therapie en resultaat hiervan: \_\_\_\_\_

Prognose: \_\_\_\_\_

**Indien er beeldvorming beschikbaar is (röntgenfoto's, echobeelden, etc.) verzoeken wij u deze mee te zenden of aan verzekeringnemer te overhandigen. Uiteraard zenden wij deze na beoordeling retour.**

Handtekening dierenarts: \_\_\_\_\_ Naam Praktijk: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

**Let op! Opgave van het chipnummer is verplicht. Bij declaratie dient u de originele stukken in te sturen.  
Deze worden niet terug gestuurd na verwerking.**

Stuur dit formulier na invulling op naar onderstaand adres

ATFB-010609