



Behandelformulier voor Paarden

Verzekeringnemer

Relatienummer _____ Polisnummer _____
Naam _____ Bankrek.nr. _____
Adres _____ Telefoon _____
Postcode _____ Fax _____
Woonplaats _____ E-mail _____

De ondergetekende dierenarts

Naam _____
Plaats _____

Verklaart het hieronder omschreven paard te hebben behandeld, of nog onder behandeling te hebben.

Gegevens Paard

Naam Paard _____ Ras _____
Geslacht _____ Afstamming _____
Geboortedatum _____ Stamboeknr. _____
Chipnummer _____ Kleur _____

Datum eerste (ziekte)verschijnselen: _____

Anamnese: _____

Diagnose: _____

Ingestelde therapie: _____

Prognose: _____

Te _____ Datum _____

Handtekening dierenarts, _____ Handtekening verzekeringnemer, _____

Adres dierenarts _____ Woonplaats _____

Telefoonnummer _____ Fax _____

**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

BHF-010609