WETERYNARYJNE ŚWIADECTWO ZDROWIA DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH

Dane Lekarza Weterynarii:

Imię i nazwisko/ Nazwa Praktyki .....

Adres.....

Telefon .....

Czy jest Pan/Pani lekarzem zazwyczaj zajmującym się tym koniem?.....

Dane Właściciela (Ubezpieczony):

Imię i nazwisko/ Nazwa.....

Adres.....

Dane konia:

Nazwa.....

Maść .....

Rasa .....

Po ogierze.....

Od klaczy.....

Płeć.....

Wiek.....

Użytkowanie.....

Nr paszportu PZHK.....

Nr licencji PZJ lub PZHK.....

Data badania NZK.....

Choroby, przeciw którym koń jest obecnie zaszczepiony.....

W przypadku klaczy – czy jest zaźrebiona (jeżeli tak – data ostatniego skoku)? .....

Data ostatniego odrobaczania.....

Oświadczam (niepotrzebne lub nieprawdziwe skreślić), że:

- tętno i oddech w normie
- temperatura ciała w normie

- oczy konia w normie w badaniu klinicznym
- serce w normie w badaniu osłuchowym
- brak objawów wskazujących na krwotok w czasie wyścigu
- brak objawów wskazujących na odnerwianie
- brak objawów wskazujących na przebycie ochwatu
- koń nie był nigdy operowany
- koń nie cierpi na niestrawność
- koń nie cierpi na kolkę
- ogólny stan zdrowia konia jest dobry
- brak jest objawów choroby zaraźliwej lub zakaźnej
- oba jądra obecne w badaniu palpacyjnym
- brak oznak wskazujących na niezdolność do rozrodu
- koń nie jest wnętrem.
- brak objawów wskazujących na kulawiznę
- brak objawów wskazujących na przyżeganie lub blistrowanie
- warunki stajenne są odpowiednie
- na terenie ośrodka i w sąsiedztwie nie występują choroby zakaźne
- koń jest wolny od wad mogących mieć wpływ na zamierzone użytkowanie konia i zagrażających życiu
- brak oznak lub objawów ataksji
- koń w ostatnim roku nie otrzymywał leków z wyjątkiem środków rutynowych

UWAGI: Zastrzeżenia do stanu zdrowia konia:

.....

.....

Z uwzględnieniem powyższych uwag oświadczam, ze zgodnie z moją najlepszą wiedzą, wyżej opisany koń jest zdrowy i kwalifikuje się do ubezpieczenia od ryzyka padnięcia przy wskazanym użytkowaniu.

Data i czas badania .....

Podpis Lekarza Weterynarii .....