



4. Hat Ihr Pferd...
- |   |    |      |
|---|----|------|
| - eine Herz- Kreislauferkrankung?                   | ja | nein |
| - eine Erkrankung der Venen?                        | ja | nein |
| - eine Atemwegserkrankung (z.B. Bronchitis)?        | ja | nein |
| - eine Leber-, Nieren- oder Stoffwechselerkrankung? | ja | nein |
| - eine Erkrankung des Muskel- oder Skelettsystems?  | ja | nein |
| - eine Allergie?                                    | ja | nein |
| - Zahnprobleme?                                     | ja | nein |
| - eine andere, nicht aufgeführte Erkrankung?        | ja | nein |
- Wenn ja, welche?
- 

5. Ist Ihr Pferd tragend? ja nein

**Erklärung des Patientenbesitzers zum Aufklärungsgespräch und OP - Einwilligung:**

Tierarzt/Tierärztin \_\_\_\_\_ hat mit mir heute ein Aufklärungsgespräch über das Anästhesie- Operationsverfahren geführt. Die Hinweise über das Verhalten vor und nach der Anästhesie / Operation habe ich zur Kenntnis genommen. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen zur Anästhesie / Operation und ihrer spezifischen Risiken stellen. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit in eine Narkose / Operation für folgenden Eingriff

\_\_\_\_\_ sowie in die vorbereitende Behandlung ein. Ich bin mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterungen des Anästhesie- und Operationsverlaufs einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift Patientenbesitzer

Ort, Datum

Unterschrift des Tierarztes