

Dentalstatus Hund

Checkliste zur Überprüfung der Vollständigkeit des Gebisses

Praxisstempel

Untersuchungsdatum: _____

Besitzer:

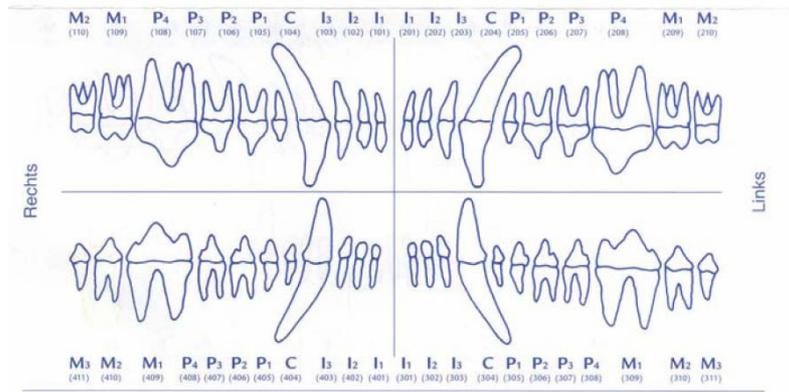
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	

Hund:

Name	Rasse
Alter	Geschlecht
Chip	Tät

Anamnese:

Befunde:



o fehlt; # frakturiert

Kommentar:

Der untersuchende Tierarzt:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____