

Formular zur Meldung von Hundebissverletzungen beim Tier

hundebisse@vd.so.ch – Veterinärdienst, Hauptgasse 72, 4509 Solothurn

Identität des Hundehalters / der Hundehalterin des beißenden Hundes	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon / Handy	
Beschreibung des Hundes der gebissen hat	
Rasse / Mischling	Stammbaum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Farbe	Fell <input type="checkbox"/> Kurzhaar <input type="checkbox"/> Langhaar <input type="checkbox"/> Andere:
Grösse <input type="checkbox"/> Klein <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gross <input type="checkbox"/> Riese	Gewicht ca. _____ kg
Geschlecht <input type="checkbox"/> Rüde <input type="checkbox"/> Hündin	Kastriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn bekannt – Chip-Nr. _____ (15-stellige Nummer)	
Besondere Merkmale	
Informationen zum Vorfall (für die Beschreibung des Vorfalls bitte Rückseite oder Zusatzblatt verwenden)	
Datum / Zeit _____	Anzeige bei Polizei erstattet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ort <input type="checkbox"/> im öffentlichen Bereich <input type="checkbox"/> beim Hund zuhause <input type="checkbox"/> anderer Ort _____	
Besitzverhältnisse <input type="checkbox"/> Hund unbekannt <input type="checkbox"/> Hund bekannt <input type="checkbox"/> eigener Hund <input type="checkbox"/> der Hund gehört _____	
<input type="checkbox"/> ein Biss <input type="checkbox"/> Mehrere Bisse <input type="checkbox"/> Andere _____	
Typ der Verletzung (mehrere Angaben möglich)	<input type="checkbox"/> Prellung, Hämatom, Schwellung <input type="checkbox"/> Kratzer, Schramme <input type="checkbox"/> Hautperforation <input type="checkbox"/> Muskelperforation
	<input type="checkbox"/> Muskelriss <input type="checkbox"/> Muskelabriss <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> Andere _____
	<input type="checkbox"/> Totgebissen <input type="checkbox"/> Totgeschüttelt
Lokalisation (mehrere Angaben möglich)	<input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Halsunterseite <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Flanke
	<input type="checkbox"/> Vordere Gliedmassen <input type="checkbox"/> Hintere Gliedmassen <input type="checkbox"/> Andere _____
	<input type="checkbox"/> Gesäss <input type="checkbox"/> Kruppe <input type="checkbox"/> Schwanz
Identität der Halterin / des Halters des verletzten Hundes / Tieres	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon / Handy	
Amicus-ID	
Beschreibung des Tieres welches verletzt wurde (Hund, Katze, Kaninchen usw.)	
Rasse / Mischling	Stammbaum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Farbe	Fell <input type="checkbox"/> Kurzhaar <input type="checkbox"/> Langhaar <input type="checkbox"/> Andere:
Grösse <input type="checkbox"/> Klein <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gross <input type="checkbox"/> Riese	Gewicht ca. _____ kg
Geschlecht <input type="checkbox"/> Rüde <input type="checkbox"/> Hündin	Kastriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn bekannt – Chip-Nr. _____ (15-stellige Nummer)	
Besondere Merkmale	
Angaben der Meldeperson	
Name / Vorname	
Adresse / PLZ Ort	
Telefon / Handy	

Datum: _____

Unterschrift / Stempel: _____