

## Formular zur Meldung von Hundebissverletzungen beim Menschen

[hundebisse@vd.so.ch](mailto:hundebisse@vd.so.ch) – Veterinärdienst, Hauptgasse 72, 4509 Solothurn

| Identität des Hundehalters / der Hundehalterin des bissenden 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  |   |

| Identität der verletzten Person |   |
|---------------------------------|---|
| Name / Vorname                  |   |
| Adresse                         |   |
| PLZ / Ort                       |   |
| Telefon / Handy                 |   |
| Geburtsdatum                    | Alter <span style="margin-left: 100px;">Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</span> |

### Informationen zum Vorfall (für die Beschreibung des Vorfalls bitte Rückseite oder Zusatzblatt verwenden)

Datum / Zeit \_\_\_\_\_ Anzeige bei Polizei erstattet  ja  nein

Ort  im öffentlichen Bereich  beim Hund zuhause  anderer Ort \_\_\_\_\_

Besitzverhältnisse  Hund unbekannt  Hund bekannt:  eigener Hund  der Hund gehört \_\_\_\_\_

ein Biss  Mehrere Bisse  Andere \_\_\_\_\_

|   |  |                                       |  |
|---|--|---------------------------------------|--|
| Typ der Verletzung<br>(mehrere Angaben möglich) | <input type="checkbox"/> Prellung, Hämatom, Schwellung | <input type="checkbox"/> Muskelriss   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Kratzer, Schramme             | <input type="checkbox"/> Muskelabriss |  |
|   | <input type="checkbox"/> Hautperforation               | <input type="checkbox"/> Fraktur      |  |
|   | <input type="checkbox"/> Muskelperforation             | <input type="checkbox"/> Andere _____ |  |
| Lokalisation<br>(mehrere Angaben möglich)       | <input type="checkbox"/> Kopf                          | <input type="checkbox"/> Oberarm      | <input type="checkbox"/> Oberschenkel  |
|   | <input type="checkbox"/> Hals                          | <input type="checkbox"/> Unterarm     | <input type="checkbox"/> Unterschenkel |
|   | <input type="checkbox"/> Thorax                        | <input type="checkbox"/> Hände        | <input type="checkbox"/> Füße          |
|   | <input type="checkbox"/> Bauch                         |                                       |  |
|   | <input type="checkbox"/> Gesäss                        | <input type="checkbox"/> Andere _____ |  |

| Angaben der Meldeperson |  |
|-------------------------|--|
| Name / Vorname          |  |
| Adresse                 |  |
| PLZ / Ort               |  |
| Telefon / Handy         |  |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_