

WETERYNARYJNE ŚWIADECTWO ZDROWIA DLA CELÓW UBEZPIECZENIA
Catlin Insurance Company UK (dla koni w wieku powyżej 45 dni)

KOŃ powinien zostać wyprowadzony na zewnątrz dla zbadania stanu kończyn i czystości ruchu. Należy ocenić warunki zoohigieniczne w stajni oraz czy ośrodek jest wolny od chorób zakaźnych i zaraźliwych

Adres _____

LEKARZ
WETERYNARII _____

Telefon _____

Nazwa Praktyki _____

Właściciel/UBEZPIECZONY _____ ośrodek _____

Nazwa KONIA _____ Płeć _____ Wiek _____ Maść _____

Rasa _____ Użytkowanie _____ Po ogierze _____ Od klaczy _____

Nr Paszportu PZHK _____ Nr licencji PZJ lub PZHK _____

Instrukcja dla LEKARZA WETERYNARII wypełniającego niniejszy formularz: Proszę przeczytać poniższe stwierdzenia i oświadczenie w Części 1 przed wypełnieniem Części 2. Pani/Pana podpis na dole strony oznacza poświadczenie prawdziwości informacji zawartych w Części 1.

Część 1

- | | |
|---|---|
| 1. Tętno i oddech w normie | 13. W przypadku ogiera, KOŃ nie jest wnętrzem. |
| 2. Temperatura ciała w normie | 14. W przypadku ogiera oba jądra obecne w badaniu palpacyjnym. |
| 3. Oczy w normie w badaniu klinicznym | 15. W przypadku klaczy brak oznak wskazujących na niezdolność do rozrodu |
| 4. Serce w normie w badaniu osłuchowym | 16. Brak danych i objawów wskazujących na kulawiznę. |
| 5. Brak danych i objawów wskazujących na krwotok w czasie wyścigu | 17. Brak danych i objawów wskazujących na przyżeganie lub blistrowanie. |
| 6. Brak danych i objawów wskazujących na odnerwianie. | 18. Warunki stajenne są odpowiednie. |
| 7. Brak danych i objawów wskazujących na przebyte ochwatu. | 19. Na terenie ośrodka i w sąsiedztwie nie występują choroby zakaźne. |
| 8. KOŃ nie był nigdy operowany | 20. W przypadku źrebaka poród przebiegał normalnie i bez komplikacji. |
| 9. Brak oznak niestrawności | 21. KOŃ w ostatnim roku nie otrzymywał leków z wyjątkiem środków rutynowych. |
| 10. Brak danych o przechorowaniu kolki. | 22. Brak wad pokroju mogących mieć wpływ na zamierzone użytkowanie KONIA lub zagrażających życiu. |
| 11. KOŃ jest w ogólnie dobrym stanie zdrowia. | 23. Brak wczesnych oznak lub objawów ataksji. |
| 12. Brak objawów choroby zaraźliwej lub zakaźnej | |

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą zawodową powyższe stwierdzenia są prawdziwe w odniesieniu do wyżej opisanego KONIA, z wyjątkiem poniższych punktów (proszę podać szczegóły).

Punkt:	Komentarz:

Część 2

1. Data badania NZK	
2. Choroby, przeciw którym KOŃ jest obecnie zaszczepiony	
3. W przypadku klaczy – czy jest zażrebiona?	
4. Jeżeli tak, proszę podać datę ostatniego skoku.	
5. Data ostatniego odrobaczenia	
6. Czy jest Pan/Pani lekarzem zwykle zajmującym się tym KONIEM?	

PROSZĘ PISAĆ NA DRUGIEJ STRONIE, JEŻELI POWYŻEJ BRAKUJE MIEJSCA NA INFORMACJE W CZĘŚCI 1 LUB 2, LUB JAKIEKOLWIEK INNE UWAGI DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA KONIA LUB WARUNKÓW, W JAKICH PRZEBYWA.

Z uwzględnieniem powyższych uwag, zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą wyżej opisany KOŃ jest zdrowy i kwalifikuje się do ubezpieczenia od ryzyka padnięcia przy użytkowaniu takim jak określone powyżej.

Data i czas badania: _____ Podpis LEKARZA WETERYNARII _____