

Skicka det ifyllda intyget till asiakaspalvelu@agria.fi eller Agria Eläinvakuutus, Skogsjungfrugränden 6, 02130 Esbo

Djurets uppgifter	Namn		Födelsedatum		Kön <input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Tik/Hona		
	Ras			Chipnummer / Registreringsnummer			
	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katt	Färg och tecken					
Kliniska iakttagelser	1. Allmäntillstånd och storlek	2. Hud och päls	3. Öron	4. Ögon	5. Tänder,bett, slemhinnorna och käkstruktur	6. Lymfknotor	7. Navel
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation
	8. Bukpalpation	9. Hjärta och respirationsorgan	10. Yttre genitalorgan	11. Rörelseorgan			
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Observation			
Förklaring till anmärkning ovan	Kategori (1-12)		Iakttagelse				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
Behandlingshistorik	Vet du om djuret har tidigare undersökts eller behandlats på grund av en sjukdom eller skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, förklaring: _____ _____ _____ Bifoga besöksspecifikationerna för besöken som beskrivs ovan						
Underskrift och stämpel	Datum, klinikens adress och telefonnummer Veterinärens underskrift och stämpel						