

VETERINÁRNÍ OSVĚDČENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRO POJIŠTĚNÍ KONĚ LLOYD'S

(pro koně starší 45 dnů a ne starších 15 let)

Vyšetřovaný KŮŇ by měl být vyveden ze stáje, aby se prokázal bezvadný stav končetin a volnost pohybu. Je nutné pečlivě prozkoumat podmínky ustájení, zda nejsou přítomny nakažlivé nebo infekční nemoci a další záležitosti týkající se zdraví / pohody KONĚ.

VETERINÁRNÍ LÉKAŘ _____ Adresa _____
Telefon _____
Název praxe _____
Majitel /POJIŠTĚNÝ _____ na adrese (stáj)
Jméno KONĚ _____ Pohlaví _____ Věk _____ Barva _____
Plemeno _____ Využití _____ Otec _____ Matka _____
Mikročip č. _____ *(z průkazu/podle vyšetření) *nehodící se škrtněte.

Pokyny pro vyšetřujícího VETERINÁRNÍHO LÉKAŘE, který vyplňuje tento formulář. Před vyplněním Části 2 si prosím přečtěte následující sdělení a prohlášení v Části 1. Váš podpis na konci této stránky představuje také Váš souhlas s prohlášením v Části 1.

Část 1:

1. Puls a dýchání jsou normální.
2. Teplota je normální.
3. Oči jsou klinicky normální.
4. Srdce vyšetřeno poslechem a sledáno normální.
5. Žádná anamnéza nebo známky krvácení do plic při dostihu.
6. Žádná anamnéza nebo známky chirurgického přerušování nervu.
7. Žádná anamnéza nebo známky laminitidy (schválení kopyt).
8. Dosud neproběhl žádný chirurgický zákrok.
9. Žádné poruchy zažívání, dřívější ani současné.
10. Žádná anamnéza koliky.
11. KŮŇ se jeví v dobrém zdravotním stavu.
12. Žádné známky infekce nebo choroby.
13. V případě hřebce KŮŇ pravděpodobně není kryptochidní.
14. V případě hřebce jsou obě varlata patrná a na pohmat normální.
15. V případě klisny žádné vnější příznaky, které by byly na překážku přirozené reprodukci.
16. Žádná anamnéza nebo známky chromosti.
17. Žádná anamnéza nebo známky pálení (blistrování).
18. Ustájení je odpovídající.
19. Žádný výskyt nakažlivé nebo infekční choroby přímo v místě nebo v sousedství.
20. V případě hříběte šlo o normální porod bez komplikací.
21. KŮŇ v minulém roce neprodělal jinou léčbu mimo běžná ošetření.
22. Žádné tvarové abnormality, které by byly na překážku zamýšlenému využití KONĚ nebo by mohly vést k problémům ohrožujícím život.
23. Žádné rané příznaky nebo známky ataxie.

Prohlašuji (dle svého nejlepšího profesionálního vědomí), že sdělení uvedená výše jsou správná, pokud jde o předmětného KONĚ, s výjimkou skutečností uvedených níže (uvedte prosím podrobnosti):

Číslo nesprávných sdělení a poznámky:

Sdělení	

Část 2:

1. Datum Cogginosva testu (pokud neproběhl, uveďte NE). _____
2. Uveďte prosím nemoci, proti kterým je KŮŇ v současné době očkován. _____
3. V případě klisny uveďte, zda není hlášena březost. _____
4. Pokud ano, jaké je datum její poslední reprodukce? _____
5. Jaké je poslední datum odčervení KONĚ? _____
6. Jste obvyklým VETERINÁRNÍM LÉKAŘEM tohoto KONĚ? _____

POKUD POTŘEBUJETE UVÉST DALŠÍ PODROBNOSTI K JAKÉKOLI ZÁLEŽITOSTI V ČÁSTI 1 NEBO 2, NEBO UVÉST COKOLI DALŠÍHO, CO POVAŽUJETE ZA RELEVANTNÍ OHLEDNĚ ZDRAVÍ KONĚ NEBO PROSTŘEDÍ, KDE SE KŮŇ NACHÁZÍ, POUŽIJTE DRUHOU STRANU LISTU.

Potvrzuji dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, že s výjimkou jak je uvedeno výše, je tento KŮŇ zdravý a v pořádku a dle mého názoru je vhodným kandidátem pro pojištění mortality a zdravotního připojištění, pokud je požadováno.

Datum a čas vyšetření: _____ VETERINÁRNÍ LÉKAŘ _____

Podpis

*/ další důležité informace uveďte prosím na zadní straně