



**Reitverein
Nürtingen e.V.**

Name des Pferdes: _____

DE-Nummer: _____ Chip Nummer (falls vorhanden): _____

Geschlecht: _____ Farbe: _____ Rasse: _____

Schlachtpferd: ja ☐ nein ☐

Darf das Pferd im Notfall vom Schlachtpferd zum Nichtschlachtpferd umgetragen werden, um entsprechende Medikamente zu erhalten? Ja oder nein:

OP Versicherung: ja ☐ nein ☐

Police als Kopie anhängen, wenn Abrechnung über Versicherung (Uelzener, Allianz, R und V) gewünscht wird.

Name und Adresse des Besitzers:

Herr/ Frau _____

Straße _____

PLZ _____

Mailadresse: _____

Kontaktdaten des Besitzers:

Handy: _____

Geschäftlich/tagsüber: _____

Nachts: _____

Sonstige: _____

Weitere berechnigte Personen, welche kontaktiert werden sollen im Notfall, falls der Besitzer nicht zu erreichen ist: Name: _____ Rufnummer: _____

Besonderheiten des Pferdes (im Verhalten, Allergien, Unverträglichkeiten etc.):

Schmied:

Name: _____ Rufnummer: _____

Besonderheiten (nicht anbinden, nicht brennen ect.):

Welcher Tierarzt soll im Notfall angerufen werden?

Name: _____ Rufnummer: _____

Alternativ: _____

Welcher Tierarzt darf auf keinen Fall gerufen werden? _____

Das Pferd darf bei medizinischer Indikation in eine Klinik verbracht werden? Ja oder nein:

Welche Klinik? _____

Das Pferd hat eine generelle OP-Erlaubnis: ja oder nein:

Kolik OP: ja ☐ nein ☐

Bitte kurz in Worte fassen was im Notfall für das Pferd getan oder nicht getan werden soll:

Hiermit bestätige ich die Korrektheit der angegebenen Daten und versichere, dass im Notfall der aufgeführte Tierarzt (oder die Alternative) in meinem Namen beauftragt werden darf (sofern ich oder die alternativ angegebene Person nicht zu erreichen sind) und alle nötigen Schritte zum Wohle des Tieres auf meine Kosten einleiten darf. Weiterhin willige ich ein, dass dieses Schriftstück an einem öffentlichen Ort zur Verfügung steht und bei Bedarf von jedem Vereinsmitglied verwendet werden kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____