

## Behandelplan

### De verzekeringnemer

Naam \_\_\_\_\_ Klantnummer \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_ IBAN nummer \_\_\_\_\_

Ondergetekende dierenarts (naam) \_\_\_\_\_

Telefoon praktijk \_\_\_\_\_ Telefoon mobiel \_\_\_\_\_

Verklaart het hieronder omschreven paard, in eigendom van dhr/mvr.\* \_\_\_\_\_

te hebben behandeld of nog onder behandeling te hebben.

Naam paard \_\_\_\_\_ Geslacht  hengst  merrie  ruin\* \_\_\_\_\_

Ras \_\_\_\_\_ Chipnummer \_\_\_\_\_

Wanneer liep het paard letsel op of wanneer werd het paard ziek? \_\_\_\_\_ (dd-mm-jjj)

### Anamnese

### Klinische bevindingen

### Diagnose

### Behandelplan/Therapie

### Kostenindicatie behandelplan

### Prognose/slagingskans behandeling

Plaats en datum \_\_\_\_\_ Bedrijfsstempel \_\_\_\_\_

Handtekening dierenarts \_\_\_\_\_