

Veterinärerna på Bollerup

GÅRDSBESÖK - NÖTPRAKTIK - HÄSTKLINIK
HÄSTTANDVÅRD - SMÅDJURSKLINIK

Köpare

Namn: _____

Representant vid frånvaro: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-mailadress:

Har hästen provridits eller provkörts: JA NEJ

Om JA, av vem: _____

Eventuella anmärkningar vid provridning:

Användningsområde som avses: _____

Säljare/Ägare

Namn: _____

Representant vid frånvaro:

Personnummer: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-mailadress: _____

Veterinärerna på Bollerup

GÅRDSBESÖK - NÖTPRAKTIK - HÄSTKLINIK
HÄSTTANDVÅRD - SMÅDJURSKLINIK

Häst

Namn: _____

Ras: _____

Kön: _____

Född år: _____

Färg och tecken: _____

Passnummer: _____

Chipnummer: _____

Bakgrundsinformation lämnad av säljaren/ägaren

Frågor där man inte vet svaret uppges detta. Vid JA eller NEJ, ringa in det passande svaret.

Tidsperiod hos nuvarande ägare: _____

Har hästen genomgått en besiktning under de senaste 3 månaderna? JA NEJ

Om JA, med vilket resultat? _____

Nuvarande användningsområde, utbildningsnivå och tävlingsnivå: _____

Beskriv hur hästen har använts de senaste 6 veckorna:

Har hästen medicinerats de senaste 6 veckorna? JA NEJ

Om JA, ange preparat, behandlingstid och datum för behandling: _____

Beskriv eventuella tidigare problem med hälta:

Veterinärerna på Bollerup

GÅRDSBESÖK - NÖTPRAKTIK - HÄSTKLINIK
HÄSTTANDVÅRD - SMÅDJURSKLINIK

Beskriv eventuellt tidigare problem med annan sjukdom eller skada: _____

Har hästen opererats? JA NEJ

Om JA, beskriv för vad och när:

Har hästen ovanor/stereotypier såsom vävning, krubbitning eller annat? JA NEJ

Om JA, ange vad: _____

Ange hur hästen är uppstallad (stall, utestall, lösdrift eller annat):

Ange strömaterial:

Ange vilka fodermedel hästen får:

Ange när hästen senast skoddes:

Senaste avmaskningsdatum samt vilket preparat som användes:

Är hästen vaccinerad enligt gällande tävlingsreglemente? JA NEJ

Om JA, ange vilket reglemente (T.ex. SvRF, FEI):

Samtliga vaccinationer som hästen fått är dokumenterade i passet: JA NEJ

Om NEJ, finns separat vaccinationskort? JA NEJ

Har hästen vistats i utlandet senaste året? JA NEJ

Om JA, ange land:

Veterinärerna på Bollerup

GÅRDSBESÖK - NÖTPRAKTIK - HÄSTKLINIK
HÄSTTANDVÅRD - SMÅDJURSKLINIK

Kryssa i uppdragsgivare för besiktningen (beställare): Säljare/ägare Köpare

Betalning

Säljare/ägare betalar idag för: Besiktning Röntgen Annat

Om annat, ange vad:

Köpare betalar idag för: Besiktning Röntgen Annat

Om annat, ange vad:

Uppgifterna bekräftas

Jag som säljare/ägare godkänner att besiktande veterinär får låta köparen ta del av journaler och övrig sjukdomshistoria som denne har kännedom om.

Jag är skyldig att ange om hästen inte är fullt frisk eller är under någon form av behandling eller karenstid från någon form av behandling. Detta skall jag i sådant fall anmäla innan ankomst.

Jag förstår och godkänner att, trots att Veterinärerna på Bollerup tar hand om min häst på bästa sätt, inte kliniken eller någon av kliniken anställd kan bli skyldig för skada av min häst under besiktningens gång.

Jag förstår att nödvändig behandling för eventuella komplikationer med hästen debiteras djurägaren.

Veterinärerna på Bollerup samråder alltid med hästägaren/annan ansvarig för hästen angående nödvändiga undersökningar, behandlingar och andra åtgärder.

Observera att kliniken inte ansvarar för kvarlämnade täcken, grimskaf, benskydd eller dylikt.

Ort, datum: _____

Säljarens/ägarens namnteckning: _____

Jag som köpare har tagit del av den utökade informationen om hästen som lämnats i säljarens svar på ovanstående frågor.

Ort, datum: _____

Köparens namnteckning: _____