



Formulaire de demande de souscription d'assurance opération/castration

Partie à compléter par le propriétaire

Propriétaire _____

Adresse _____

Code postal _____

Localité _____

Données du cheval

Nom du cheval/poney _____

Race/Origine _____ Couleur _____

Sexe _____ Date de naissance _____

Numéro de pedigree _____ Numéro de puce _____

Marques blanches _____

Hauteur au garrot _____ Valeur assurée en euros € _____

Domiciliation

Par la présente, le soussigné autorise Hippo Zorg BV à débiter de son compte en banque (ou postal) mentionné ci-dessous le montant dû pour cette assurance.

Numéro de compte _____ Signature du propriétaire, _____

Le client est au courant de l'étendue de la couverture Oui Non

Partie à compléter par le vétérinaire

Anamnèse anesthésiologique _____

Première sédation Oui Non inconnue, déroulement: _____

Première anesthésie Oui Non inconnue, déroulement: _____

Maladies lors des 6 derniers mois _____

Médication actuelle _____

Hypersensibilité aux produits pharmaceutiques _____

Maladie chronique _____

FAVO-150608



Examen pré-anesthésique

Alimentation	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Morphologie et état général	<input type="checkbox"/> normaux	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Peau et robe	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Muqueuses	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Ganglions lymphatiques	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Yeux	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Locomotion	<input type="checkbox"/> régulière	<input type="checkbox"/> boiteuse, nature et endroit: _____ <input type="checkbox"/> ataxie _____
Particularités	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Pouls	<input type="checkbox"/> qualité _____	
Examen cardiaque	<input type="checkbox"/> normaux	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Fréquence et type de souffle		<input type="checkbox"/> qualité _____
Examen des poumons	<input type="checkbox"/> normaux	<input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Veines jugulaires gauche et droite		<input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> insatisfaisante, remarques _____
Température	<input type="checkbox"/> _____ °C	

Examens complémentaires

Non Oui (si oui, prière de joindre à ce document les résultats ou une copie lisible de ceux-ci.)

Examen sanguin ECG/échocardiographie Examen neurologique Bilan internistique Examen orthopédique

Classification ASA 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Données cliniques

Nom _____

Adresse _____

Code postal _____

Localité _____

Chirurgien _____

Anesthésiste _____

Indications opératoires _____

Date de l'opération _____ Durée prévue de l'opération _____

La clinique est au courant des conditions de l'assurance opération Hippo Zorg BV Non Oui

Signature du vétérinaire, _____ Accord Hippo Zorg BV, _____

Date _____ Date _____