



..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKO – WETERYNARYJNE

po zakończeniu obserwacji zwierzęcia w kierunku wykluczenia podejrzenia wścieklizny

W dniu zbadalem klinicznie

.....
(opis zwierzęcia – gatunek, płeć, rasa, wiek, maść, nazwa)

stanowiącego własność*)

zam.

Zwierzę to pokąsało, podrapało **) w dniu

..... zam.

Zwierzę podlega/ nie podlega *) obowiązkowi szczepienia przeciwko wściekliznie.

Szczepienie przeciwko wściekliznie ***)

.....
(data, lekarz weterynarii dokonujący szczepienia)

W trakcie badań klinicznych zwierzęcia w:

Data:

1 dniu

.....

5 dniu

.....

10 dniu

.....

15 dniu

.....

stwierdzono /nie stwierdzono**) objawów klinicznych nasuwające podejrzenie wścieklizny.

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*w przypadku zwierzęcia bezdomnego –wpisać **zwierzę bezdomne**

** niepotrzebne skreślić

*** w przypadku braku aktualnego szczepienia, podać datę szczepienia zwierzęcia w dniu zakończenia obserwacji

.....
podpis i pieczęć lekarza weterynarii