

**Generali T.U. S.A.**

ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa

### UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko/Nazwa	PESEL/REGON	Adres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telefon	
	<input type="text"/>	

### INFORMACJE O KONIU

Imię konia	Data urodzenia	Nr paszportu	Nr chipa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ojciec	Ojciec matki	Płeć	Maść
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Rasa	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Właściciel konia	Hodowca	Wysokość w kłębie	Waga [kg]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stan odżywienia	Znaki szczególne/wypalenie	Sposób użytkowania	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Czy koń był wcześniej leczony weterynaryjnie?  Tak  Nie

Na skutek jakiej choroby?

Kiedy i z jakim efektem?

Czy koń dobrze radzi sobie ze stawianymi mu wymaganiami?  Tak  Nie

### WYNIKI BADANIA

	W spoczynku	Po 10 min. galopu i kłusu	Po ilu minutach nastąpiło uspokojenie?
Oddech	Liczba <input type="text"/> Typ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Puls	Liczba <input type="text"/> Typ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stan płuc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stan serca	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### PYTANIA DOTYCZĄCE ZDROWOTNOŚCI KONIA (jeżeli TAK, prosimy dokładnie opisać w rubryce obok)

Pytanie	Tak	Nie	Opis
Czy występują problemy z oddychaniem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Czy występują problemy z oddychaniem dające wykryć się osłuchowo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Czy występują zaburzenia świadomości?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Czy występują wady oczu, wzroku, stany zapalne oczu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Czy występują narowy konia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Czy występują braki lub wady w uzębieniu? Jeżeli TAK, na których zębach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Czy daje się zauważyć symptomy, które wskazują na możliwość występowania choroby? Jeżeli TAK, jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Generali T.U. S.A.**

ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa

Imię konia

Nr paszportu

Nr chipa

Pytanie	Tak	Nie	Opis
Czy istnieją lub istniały zmiany na organach rozrodczych, które wskazują na chorobę lub przebycie choroby? Jeżeli TAK, jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy istnieją zmiany na kopytach, kończynach, które wskazują na chorobę lub przebycie choroby? Jeżeli TAK, jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy widoczne są wady postawy lub chodu? Jeżeli TAK, jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy daje się zauważyć ból podczas nawrotów konia lub na kończynie konia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy koń kuleje po poddaniu go próbie zginania? Jeżeli TAK, w jakim stopniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lewa przód <input type="checkbox"/> Lewa tył <input type="checkbox"/> Prawa przód <input type="checkbox"/> Prawa tył
Czy daje się zauważyć jakieś inne wady lub nieprawidłowości?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy u konia daje się zauważyć oznaki wcześniejszych skaleczeń, okaleczeń nerwów, przecięć nerwów, operacji kolki? Jeżeli TAK, jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy opieka, odżywianie, stajnia są na należyтым poziomie? Jeżeli NIE, proszę opisać dokładnie braki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy w stadzie, stajni, miejscowości, gdzie koń się znajduje, występują/występowały choroby? Jeżeli TAK, jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy badany koń jest zdrowy, bez wad i narowów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### UWAGI

Badanie nie wykazało żadnych odchyliń w stanie zdrowotnym zwierzęcia ani objawów chorobowych.

Data i godzina badania

Miejsce badania

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii