

Propriétaire

Numéro POLICE

Nom et Prénom du propriétaire :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Animal assuré

Espèce Chien Chat

Nom de l'animal :

Poids : Race : Date de naissance :

N° d'identification : Tatouage Puce électronique

En cas d'accident, description des faits et des personnes impliquées

.....
.....
.....
.....
.....

Ce document doit être correctement rempli pour donner droit à une prise en charge. Merci de joindre toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie (ordonnances, factures du vétérinaire, pharmacie et laboratoires). En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire. Retourner l'ensemble des documents sans oublier de signer la Feuille de Soins à :

ANIMAUX SANTE – SERVICE GESTION CEREDE, 2 rue Rossini, 75320 Paris Cedex 09.

Je certifie l'exactitude des renseignements rapportés sur ce document (y compris le verso).

Fait à :

Date : Signature du propriétaire :

Informations concernant la visite médicale.

Motif de consultation : Accident Maladie Prévention

Chirurgie Pneumologie Cardiologie Orthopédie Ophtalmologie Dermatologie Urologie O.R.L.

Stomatologie-Soins dentaires Gastro-entérologie Comportement Autres (Préciser) :

Visite de suivi : NON OUI Si OUI, date de la visite initiale :

En cas de maladie, date des premiers symptômes :

En cas d'accident, date de l'accident :

🌿 Etiologie, Anamnèse

.....

.....

.....

.....

.....

🌿 Résultats significatifs d'examens complémentaires

.....

.....

.....

.....

.....

🌿 Hypothèses du diagnostic

.....

.....

.....

.....

.....

🌿 Traitements / Vaccins

A détailler dans le tableau ou joindre la copie de l'ordonnance.

Produit (nom déposé) / Valence	Posologie / N° de lot - Fabricant	Durée	Date de rappel

🌿 Frais engagés

A détailler dans le tableau ou joindre la facture détaillée en reportant le total réglé ci dessous.
Factures de pharmacie et laboratoires obligatoires.

Date	Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, actes médicaux...)	Montant TTC

TOTAL REGLE : TTC

Cachet du vétérinaire

Je soussigné, Dr
certifie l'exactitude des informations apportées sur ce document
(identité de l'animal, données médicales et frais engagés).
Date :
Signature du vétérinaire :