

**Formular zur Meldung von Hundebissverletzungen beim Menschen**  
(Meldung erfolgt durch ArztIn oder Spital)

<b>Identität des Opfers (Angaben nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Opfers oder seines gesetzlichen Vertreters)</b>		
<b>Name, Vorname</b>		
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon		
Geburtsdatum		
<b>Anonymisierte Daten des Opfers, welche archiviert werden (Angaben obligatorisch)</b>		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Alter		

<b>Informationen zum Vorfall</b>		
<b>Anzeige bei der Polizei erstattet</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Datum, Zeit</b>		
<b>Ort</b>	im öffentlichen Bereich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	beim Hund zuhause <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Besitzverhältnisse</b>	<input type="checkbox"/> „eigener“ Hund	<input type="checkbox"/> Hund bekannt <input type="checkbox"/> Hund unbekannt
<b>Biss</b>	<input type="checkbox"/> ein Biss	<input type="checkbox"/> mehrere Bisse
<b>Typ der Verletzung (mehrere Angaben möglich)</b>	<input type="checkbox"/> Prellung, Hämatom, Schwellung <input type="checkbox"/> Kratzer, Schramme <input type="checkbox"/> Hautperforation <input type="checkbox"/> Muskelperforation	<input type="checkbox"/> Muskelriss <input type="checkbox"/> Muskelabriss <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> Andere .....
<b>Lokalisation (mehrere Angaben möglich)</b>	<input type="checkbox"/> Kopf / Hals <input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Gesäss	<input type="checkbox"/> Obere Gliedmassen <input type="checkbox"/> Untere Gliedmassen <input type="checkbox"/> Hände

<b>Identität des Hundehalters / der Hundehalterin (soweit bekannt)</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	

<b>Beschreibung des Hundes, der gebissen hat (soweit bekannt)</b>		(Beschreibung stammt vom Opfer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)	
<b>Rasse / Mischling</b>		Stammbaum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Farbe		Fell: <input type="checkbox"/> Kurzhaar <input type="checkbox"/> Langhaar <input type="checkbox"/> Andere: .....	
<b>Grösse / Gewicht**</b>	<input type="checkbox"/> Klein	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Gross <input type="checkbox"/> Riese
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	kastriert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Besondere Merkmale</b>			

\*\* s. Rückseite

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Das Original dieses Dokuments ist an folgende Adresse zu schicken oder zu faxen:  
Zuständige kantonale Stelle

**\*\* Grösse des Hundes:**

**Klein**

**Bis ca. 45 cm Schulterhöhe und bis ca. 15 kg**

(z.B.: Toy-, Zwerg- und Mittelpudel, Mops, Rehpinscher, Chihuahua, West Highland White-, Yorkshire-, Cairn- und Jack Russell Terrier, Beagle, Cocker Spaniel etc.)

**Mittel**

**Von ca. 45 – 55 cm Schulterhöhe und von ca. 16 – 25 kg**

(z.B.: Border Collie, Entlebucher - und Appenzeller Sennenhund, English Springer Spaniel etc.)

**Gross**

**Von ca. 56 – 70 cm Schulterhöhe und von ca. 26 – 45 kg**

(z.B.: Deutscher Schäferhund, Labrador – und Golden Retriever, Deutsch Kurzhaar, grosser Münsterländer, Setter, Hovawart, Boxer, Dobermann etc.)

**Riese**

**Ab ca. 70 cm Schulterhöhe oder ab ca. 45 kg**

(z.B.: Bernhardiner, Deutsche Dogge, Leonberger, Chien de Montagne des Pyrénées, Grosser Schweizer Sennenhund etc.)

