ŚWIADECTWO ZDROWIA
dla kota
HEALTH CERTIFICATE
for cat
GESUNDHEITSZEUGNIS
für Katze

I. IDENTYFIKACJA ZWIERZĘCIA / IDENTYFICATION OF THE PET / IDENTYFIKATION DES TIERES

1) gatunek (species / Spezies)…….
2) rasa (breed / Rasse) …….
3) płeć (sex / Geschlecht)……..
4) urodzony (born / Geboren am) ……..…(data / date / Datum)
5) maść (colour / Farbe) ……
6) znaki szczególne, rozpoznawcze (coat type and marking / Distinguishing Marks,Kannzeichen)……...
7) imię (name) ……

7) Numer Identyfikacyjny (tatuaż lub elektroniczny)
Identification number (tattoo or electronic)
Identifikationsnummer (Tätowierung oder elektronisch)

II. WŁAŚCICIEL ZWIERZĘCIA / PET OWNER / TIERHALTER

1)……..
(nazwisko i stały adres / name and permanent address / Name und fester Wohnsitz)

III. INFORMACJA WETERYNARYJNA / HEALTH INFORMATION / VETERINÄRANGABEN

1) Badanie kliniczne / clinical examination / Klinische Untersuchung

W dniu badania zwierzę nie wykazywało klinicznych objawów chorobowych w tym wścieklizny.
Was clinically healthy and did not show any symptoms of contagious diseases inciding rabies on the day of examination.
Am Tage der Untersuchung wies das Tier keine klinischen Anzeichen einer Krankheit einschliesslich.

IV. INFORMACJA EPIZOOTYCZNA / EPIZOOTICAL INFORMATION / EPIZOOTISCHE ANGABEN

W ciągu 3 miesięcy poprzedzających badanie nie został stwierdzony/ został stwierdzony żaden przypadek wścieklizny w miejscu pochodzenia oraz w promieniu 15 km wokół tej miejscowości.
Originates from the place and within a radius of 15 km where there has been no case of rabies during the last 3 months.
Während 3 Monaten vor der Untersuchung wurde kein Fall der Tollwut im Herxunflsort und im dessen Umkreis von 15 km Radius festgestellt.

1) Szczepienia przeciwko wściekliźnie / Rabies vaccination / Schutzimpfungen gegen Tollwut)

1) Data szczepienia Date Vaccination Datum der Schutzimpfung (dd/mm/yy)	2) Nazwa inaktywowanej szczepionki oraz producenta Name of inactivated vaccine and manufacturing laboratory Benennung des Inaktivaafen Impfstoffes und das Herstellers	3) Data następnego szczepienia Recomended date of next vaccination Datum der nächsten Schutzimpfung
1 …….	2 ……..…	3 ……..

2) Badanie serologiczne w kierunku wścieklizny / serological testing for Rabies / Serologische Untersuchung – Tollwut

1) Data pobrania próby Date of sampling Datum nehmen Der Probe	2) Nazwa i adres urzędowego laboratorium Name and address of the official laboratory Name und Adresse des Amtslabors	3) Wynik próby seroneutralizacji(1U/ml) Result of the antibody titration tast (1U/ml) Ergebnis der Seroneutrali--sationsprobe (1U/ml) (dd/mm/yy)
1 …….	2 ……	3 ……..

3) Inne wykonane szczepienia / other vaccinations / andere durchgeführte Schutzipfungen

1) Data szczepienia Date vaccination Datum der Schutzimpfung	2) Nazwa szczepionki oraz producenta Name of vaccine and manufacturing laboratory Benennung des Impfstoffes und des Herstellers
1 …….	2 ……

Wystawiono w …….. Dnia……..
Issued at on
Ausgestellt in am

.....
Pieczątka i podpis Lekarza Weterynarii