Tierbehandlungen								
			Zuname		Kontrollnummer			
Datum	Beleg Nr.	Tier/Tiergruppe (Name oder Nr.)	Behandlungsgrund bzw. Krankheit (Diagnose)	Maßnahme bzw. Mittel (auch Hausmittel)	Wartefrist		durchgeführt von	verschrieben von (Tierarztstempel)
				Wirkstoff	Gesetzliche- (Tage)	Doppelte- bzw. 48 Stunden (Datum)		