



**Formular zur Meldung von Hundebissverletzungen beim Menschen** (Meldung erfolgt durch ArztIn oder Spital)  
Diese Angaben werden im Rahmen des Verfahrens beteiligten Personen bekannt gegeben

|  |                                   |                                   |         |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------|
| <b>Identität des Opfers (Angaben nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Opfers oder seines gesetzlichen Vertreters)</b> |                                   |                                   |         |
| Name, Vorname  |                                   |                                   |         |
| 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>                   |   |   |   |
| Anzeige bei der Polizei erstattet                  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein   |   |
| Datum, Zeit  |   |   |   |
| Ort  | im öffentlichen Bereich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | beim Hund zuhause <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |
| Besitzverhältnisse                                 | <input type="checkbox"/> „eigener“ Hund   | <input type="checkbox"/> Hund bekannt                                       | <input type="checkbox"/> Hund unbekannt     |
| Biss   | <input type="checkbox"/> ein Biss   |   | <input type="checkbox"/> mehrere Bisse      |
| Typ der Verletzung<br>(mehrere Angaben<br>möglich) | <input type="checkbox"/> Prellung, Hämatom, Schwellung                            |   | <input type="checkbox"/> Muskelriss         |
|  | <input type="checkbox"/> Kratzer, Schramme  |   | <input type="checkbox"/> Muskelabriss       |
|  | <input type="checkbox"/> Hautperforation  |   | <input type="checkbox"/> Fraktur            |
|  | <input type="checkbox"/> Muskelperforation  |   | <input type="checkbox"/> Andere .....       |
| Lokalisation<br>(mehrere Angaben<br>möglich)       | <input type="checkbox"/> Kopf / Hals  |   | <input type="checkbox"/> Obere Gliedmassen  |
|  | <input type="checkbox"/> Rumpf  |   | <input type="checkbox"/> Untere Gliedmassen |
|  | <input type="checkbox"/> Gesäss   |   | <input type="checkbox"/> Hände              |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Identität des Hundehalters / der Hundehalterin (soweit bekannt)</b> |  | (Angaben stammen vom Opfer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) |  |
| Name, Vorname  |  |  |  |
| Adresse  |  |  |  |
| PLZ, Ort   |  |  |  |
| Telefon  |  |  |  |

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

Unterschrift der Ärztin / des Arztes  
Datum, Stempel

**Das Original dieses Dokuments  
ist an folgende Adresse zu senden:**

Veterinärdienst der Urkantone  
Föhneneichstr. 15  
6440 Brunnen  
Fax: 041 825 41 50  
Mail: [kt@laburk.ch](mailto:kt@laburk.ch)

**\*\* 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.)