

Dane psa *Dog's detail*

Nazwa i przydomek hodowlany *Name of the dog and kennel name*

Nazwa i przydomek hodowlany *Name of the dog and kennel name*

PIES *Male* **SUKA** *Female* - -

Płeć *Sex* Data urodzenia *Date of birth*

Rasa *Breed*

Odmiana włosa *Coat type*

Umaszczenie *Colour*

Znaki szczególne *Identification marks*

Numer, miejsce tatuażu *Tattoo number and location*

Mikroczip *Microchip*

Nazwa hodowli *Kennel name*

Imię i nazwisko hodowcy *Breeder's name and surname*

Adres *Address*

Adres *Address*

Telefon *Phone number*

Strona internetowa hodowli *Website of the kennel*

E-mail *E-mail address*

tu może być logo hodowli

Właściciele *Owners*

Imię i nazwisko właściciela *Owner's name and surname*

Adres *Address*

Telefon *Phone number*

Imię i nazwisko właściciela *Owner's name and surname*

Adres *Address*

Telefon *Phone number*

Imię i nazwisko właściciela *Owner's name and surname*

Adres *Address*

Telefon *Phone number*

Szczepienia przeciwko wścieklicznie

Vaccination against rabies

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Nazwa szczepionki, numer serii <i>Name of vaccine, batch number</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____		
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____		
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____		
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____		

Szczepienia przeciwko wścieklźnie

Vaccination against rabies

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii Veterinarian signature and stamp	Nazwa szczepionki, numer serii Name of vaccine, batch number	Data szczepienia Vaccination date
		Ważne do Valid until
		Ważne do Valid until
		Ważne do Valid until
		Ważne do Valid until

Szczepienia przeciwko wścieklicznie

Vaccination against rabies

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Nazwa szczepionki, numer serii <i>Name of vaccine, batch number</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____		
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____		
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____		
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____		

Szczepienia przeciwko wściekliźnie

Vaccination against rabies

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Nazwa szczepionki, numer serii <i>Name of vaccine, batch number</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ Ważne do <i>Valid until</i> _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Inne szczepienia *Other vaccinations*

Inne choroby zakaźne *Other infectious diseases*

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Choroby <i>Diseases</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
_____ _____ _____ Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i>	<input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa	_____ _____ _____ Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i>
_____ _____ _____ Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i>	<input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa	_____ _____ _____ Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i>
_____ _____ _____ Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i>	<input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa	_____ _____ _____ Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i>

Inne szczepienia *Other vaccinations*

Inne choroby zakaźne *Other infectious diseases*

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Veterinarian signature and stamp

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Choroby <i>Diseases</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nosówka</p> <p><input type="checkbox"/> Parwowiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Leptospiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby</p> <p><input type="checkbox"/> Kaszel kennełowy</p> <p><input type="checkbox"/> Koronawiroza</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nosówka</p> <p><input type="checkbox"/> Parwowiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Leptospiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby</p> <p><input type="checkbox"/> Kaszel kennełowy</p> <p><input type="checkbox"/> Koronawiroza</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nosówka</p> <p><input type="checkbox"/> Parwowiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Leptospiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby</p> <p><input type="checkbox"/> Kaszel kennełowy</p> <p><input type="checkbox"/> Koronawiroza</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>

Inne szczepienia *Other vaccinations*

Inne choroby zakaźne *Other infectious diseases*

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Choroby <i>Diseases</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>

Inne szczepienia *Other vaccinations*

Inne choroby zakaźne *Other infectious diseases*

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Choroby <i>Diseases</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowirusa <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawirusa </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>

Inne szczepienia *Other vaccinations*

Inne choroby zakaźne *Other infectious diseases*

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Veterinarian signature and stamp

Choroby
Diseases

Data szczepienia
Vaccination date

<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nosówka</p> <p><input type="checkbox"/> Parwowiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Leptospiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby</p> <p><input type="checkbox"/> Kaszel kennełowy</p> <p><input type="checkbox"/> Koronawiroza</p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>____ - ____ - ____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nosówka</p> <p><input type="checkbox"/> Parwowiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Leptospiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby</p> <p><input type="checkbox"/> Kaszel kennełowy</p> <p><input type="checkbox"/> Koronawiroza</p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>____ - ____ - ____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nosówka</p> <p><input type="checkbox"/> Parwowiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Leptospiroza</p> <p><input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby</p> <p><input type="checkbox"/> Kaszel kennełowy</p> <p><input type="checkbox"/> Koronawiroza</p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>____ - ____ - ____</p>

Inne szczepienia *Other vaccinations*

Inne choroby zakaźne *Other infectious diseases*

Data szczepienia <i>Vaccination date</i>	Choroby <i>Diseases</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowiroza <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawiroza </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowiroza <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawiroza </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>Nazwa szczepionki <i>Name of vaccine</i></p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nosówka <input type="checkbox"/> Parwowiroza <input type="checkbox"/> Leptospiroza <input type="checkbox"/> Zakaźne zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Kaszel kennelowy <input type="checkbox"/> Koronawiroza </p>	<p>_____</p> <p>Data następnego szczepienia <i>Date of next vaccination</i></p> <p>_____</p>

Odrobaczenie *Deworming*

Data *Date*

Nazwa preparatu *Name of product*

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii

Veterinarian signature and stamp

____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	

Odrobaczenie *Deworming*

Data *Date*

Nazwa preparatu *Name of product*

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii

Veterinarian signature and stamp

____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	

Odrobaczenie *Deworming*

Data *Date*

Nazwa preparatu *Name of product*

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii

Veterinarian signature and stamp

____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	
____-____-____	

Ektopasożyty *Ectoparasites*

Data *Date*

Nazwa preparatu *Name of product*

____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____

Ektopasożyty *Ectoparasites*

Data *Date*

Nazwa preparatu *Name of product*

____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____
____-____-____	____-____-____	____-____-____

Podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Veterinarian signature and stamp

Deklaracja
Declaration

Data badania
Date examination

<p>— — —</p>	<p>Zwierzę jest zdrowe i zdolne do przewozu do miejsca przeznaczenia. <i>The animal is in good health and able to withstand carriage to its destination.</i></p>	
<p>— — —</p>	<p>Zwierzę jest zdrowe i zdolne do przewozu do miejsca przeznaczenia. <i>The animal is in good health and able to withstand carriage to its destination.</i></p>	
<p>— — —</p>	<p>Zwierzę jest zdrowe i zdolne do przewozu do miejsca przeznaczenia. <i>The animal is in good health and able to withstand carriage to its destination.</i></p>	
<p>— — —</p>	<p>Zwierzę jest zdrowe i zdolne do przewozu do miejsca przeznaczenia. <i>The animal is in good health and able to withstand carriage to its destination.</i></p>	

Data badania <i>Date examination</i>	Deklaracja <i>Declaration</i>	Podpis i pieczęć lekarza weterynarii <i>Veterinarian signature and stamp</i>
_____ _____ _____	<p>Zwierzę jest zdrowe i zdolne do przewozu do miejsca przeznaczenia. <i>The animal is in good health and able to withstand carriage to its destination.</i></p>	
_____ _____ _____	<p>Zwierzę jest zdrowe i zdolne do przewozu do miejsca przeznaczenia. <i>The animal is in good health and able to withstand carriage to its destination.</i></p>	
_____ _____ _____	<p>Zwierzę jest zdrowe i zdolne do przewozu do miejsca przeznaczenia. <i>The animal is in good health and able to withstand carriage to its destination.</i></p>	

Leczenie *Treatment*

Data, rozpoznanie, leczenie, data następnej wizyty, podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Date, diagnosis, treatment, date of the next visit, Veterinarian signature and stamp



Leczenie *Treatment*

Data, rozpoznanie, leczenie, data następnej wizyty, podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Date, diagnosis, treatment, date of the next visit, Veterinarian signature and stamp

Leczenie *Treatment*

Data, rozpoznanie, leczenie, data następnej wizyty, podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Date, diagnosis, treatment, date of the next visit, Veterinarian signature and stamp

Leczenie *Treatment*

Data, rozpoznanie, leczenie, data następnej wizyty, podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Date, diagnosis, treatment, date of the next visit, Veterinarian signature and stamp



Leczenie *Treatment*

Data, rozpoznanie, leczenie, data następnej wizyty, podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Date, diagnosis, treatment, date of the next visit, Veterinarian signature and stamp

Leczenie *Treatment*

Data, rozpoznanie, leczenie, data następnej wizyty, podpis i pieczęć lekarza weterynarii
Date, diagnosis, treatment, date of the next visit, Veterinarian signature and stamp



WZÓR

Kontrola wagi, zalecenia żywieniowe

Weight control, nutritional recommendations

Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>

Kontrola wagi, zalecenia żywieniowe

Weight control, nutritional recommendations

Data <i>Date</i> ____-____-____ Waga <i>Weight</i> _____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data <i>Date</i> ____-____-____ Waga <i>Weight</i> _____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data <i>Date</i> ____-____-____ Waga <i>Weight</i> _____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data <i>Date</i> ____-____-____ Waga <i>Weight</i> _____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data <i>Date</i> ____-____-____ Waga <i>Weight</i> _____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data <i>Date</i> ____-____-____ Waga <i>Weight</i> _____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>

Kontrola wagi, zalecenia żywieniowe

Weight control, nutritional recommendations

Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>
Data Date ____ - ____ - ____ Waga Weight ____	Zalecenia żywieniowe <i>Nutritional recommendations</i>

WZÓR

WZÓR