

Name des Vereins: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum	Ortsangabe der Futter-/Fundstelle	Kurze Beschreibung des Umfeldes	Anzahl der freilebenden Katzen			Anzahl der eingefangenen Katzen			
			insgesamt	gesund aussehend	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	gesund	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	Geschlecht (m/w); unkastriert bzw. durchgeführte Kastrationen	musste eingeschläfert werden

Name des Vereins: \_\_\_\_\_

Datum	Ortsangabe der Futter-/Fundstelle	Kurze Beschreibung des Umfeldes	Anzahl der freilebenden Katzen			Anzahl der eingefangenen Katzen			
			insgesamt	gesund aussehend	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	gesund	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	Geschlecht (m/w); unkastriert bzw. durchgeführte Kastrationen	musste eingeschläfert werden
			Anzahl der freilebenden Katzen			Anzahl der eingefangenen Katzen			
Datum	Ortsangabe der Futter-/Fundstelle	Kurze Beschreibung des Umfeldes	insgesamt	gesund aussehend	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	gesund	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	Geschlecht (m/w); unkastriert bzw. durchgeführte Kastrationen	musste eingeschläfert werden

Name des Vereins: \_\_\_\_\_

Datum	Ortsangabe der Futter-/Fundstelle	Kurze Beschreibung des Umfeldes	Anzahl der freilebenden Katzen			Anzahl der eingefangenen Katzen			
			insgesamt	gesund aussehend	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	gesund	krank (Diagnose - z. B. Unterernährung, Parasiten, Verletzung, Schnupfen, Augenausfluss)	Geschlecht (m/w); unkastriert bzw. durchgeführte Kastrationen	musste eingeschläfert werden