

Protokoll über die klinische Untersuchung eines Hengstes

Name des Hengstes: _____

Lebensnummer (UELN)
und Transpondernummer: _____

Farbe und Abzeichen verglichen:

Besitzer: _____

Der oben beschriebene Hengst wurde heute von mir hinsichtlich folgender Punkte untersucht:

1. Allgemeiner Gesundheitszustand: _____
2. Sind erworbene Exterieurmängel (Gallen, Überbeine, Sehnenveränderungen u.Ä.) festzustellen?
 nein ja, und zwar: _____
3. Sind Narben festzustellen, die auf Operationen hindeuten?
 nein ja, und zwar: _____
4. Sind Gebissanomalien festzustellen?
 nein ja, und zwar: _____
5. Ist eine Linsentrübung vorhanden? nein ja _____
6. Nabelbruch oder Hernien des Skrotums festzustellen? nein ja _____
7. Herz und Lunge (Belastungstest kann freier Galopp oder Longieren sein)
 - 7.1 Störungen im Ruhezustand nein ja _____
 - 7.2 Unnormale Atemgeräusche unter Belastung nein ja _____
8. Hoden
 - 8.1 Sind beide Hoden vollständig im Skrotum abgestiegen? nein ja _____
 - 8.2 Unnormale Konsistenz nein ja _____
 - 8.3 Unnormale Größe nein ja _____
 - 8.4 Liegen weitere Anzeichen für Veränderungen an den äußeren Geschlechtsorganen vor?
 nein ja _____
9. Gelenke (Wenn Sie hier Ja angeben, benennen Sie bitte das (die) betreffende(n) Bein(e))
 - 9.1 Patellaauffälligkeiten nein ja _____
 - 9.2 Unnormale Gelenksfüllung nein ja _____
 - 9.3 Liegen weitere Anzeichen für eine Erkrankung an den Gelenken vor? nein ja _____
10. Liegen Anzeichen für Abweichungen des normalen Bewegungsablaufes vor?
 nein ja _____
11. Liegen klinisch erkennbare Anzeichen für eine Krankheit mit erblicher Genese oder ein Erbfehler vor?

nein ja _____

12. Liegen Anzeichen für eine Störung des Nervensystems vor?

nein ja _____

13. Konnten Symptome einer ansteckenden Krankheit bei dem Hengst oder bei einem anderen Pferd des Bestandes festgestellt werden?

nein ja _____

14. Aufgrund der von mir durchgeführten klinischen Untersuchung bestehen gegen die Verwendung des Hengstes in der Zucht aus tierärztlicher Sicht folgende/keine Bedenken.

Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel des Tierarztes)

Der für das Pferd Verantwortliche bestätigt, dass der in dieser tierärztlichen Bescheinigung identifizierte Hengst keine Anzeichen von Weben und Koppen zeigt und nicht unter Arzneimittelwirkung steht.

An dem Pferd wurden seit der Geburt durchgeführt:

Nabelkorrektur	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schweif-Korrektur	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kopper-OP	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kehlkopfpfeifer-OP/Ton-OP	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Korrektur von Bockhuf/		
Sehnenstelzfuß/sonstige Fehlstellungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstige Eingriffe: _____

Dem Hengst ist auf Grund veterinärmedizinischer Befunde in der Vergangenheit bereits die Zulassung zur Körung verweigert worden. nein ja

Ort, Datum

zers/Verantwortlicher)

(Unterschrift des Hengstbesit-

Hinweis: Diese Bescheinigung darf bis zu dem Beginn der Körveranstaltung nicht älter als 14 Tage sein!

Erklärung über verabreichte Medikamente

Bitte geben Sie diese Erklärung am Tag der Anlieferung an das Auktionsbüro

Daten zum Pferd:

Kat-Nr.: _____

Abstammung: _____

LN: _____ Farbe: _____

Eigentümer: _____

Hiermit erklären wir verbindlich, dass dem oben genannten Pferd seit der klinischen Untersuchung ausschließlich folgende Medikamente/Substanzen (Antiparasitika und Impfungen ausgeschlossen) verabreicht wurden:

Datum	Wirkstoff	Art der Verabreichung	Grund / Diagnose	Unterschrift Tierarzt (Stempel) / verantwortliche Per-

Der Aussteller erklärt sich mit einer Medikationskontrolle im Rahmen der Körperveranstaltung einverstanden.

Dem Hengst wurden in der angegebenen Zeit keine Medikamente verabreicht.

Unterschrift des Eigentümers/Bevollmächtigter: _____