WESTFÄLISCHES PFERDESTAMMBUCH

Tierarztgutachten für Fohlen / *Vet check report for foals*

Auktion/*Auction*: _____

Aussteller/*Exhibitor*

Name/*Name*: _____

Straße/*Street*: _____

PLZ, Ort/*ZIP Code, City*: _____

Angaben zum Fohlen/*Foal details*

Geschlecht/*Gender*: _____ Abstammung/*Pedigree*: _____

Lebensnummer/*ID*: _____ Geburtsdatum/*Date of birth*: _____

Name/*Name*: _____ Farbe/*Colour*: _____ Abzeichen/*Markings*: _____

Tag der Untersuchung/*Day of check-up*: _____

1. Ernährungszustand des Fohlens/*Shape of foal*: _____

2. Wurde das Fohlen schon behandelt?/*Has the foal been treated before?*
Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ Weiß nicht/*Don´t know* ☐

Falls ja/*if yes*:
Wegen welcher Krankheit/*due to which disease*? _____
Wann und mit welchem Ergebnis?/*When and with what result*? _____

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben./I confirm that this information is correct.

_____

Unterschrift Aussteller/Signature exhibitor

3. Untersuchungsbefund in Ruhe/*Check-up result in relaxation*

Atmung/*Breath*		Puls/*Puls*	
Frequenz/ *Frequence*	Beschaffenheit/ *Condition*	Frequenz/ *Frequence*	Beschaffenheit/ *Condition*

Temperatur/ *Temperature*	Lungenbefund/ *Lung finding*	Herzbefund/ *Heart finding*

4. Bestehen Anzeichen von/*Any signs of*:
(Falls ja bitte beschreiben./*If yes, please describe*.)

a. Atemstörungen/*Affected breathing* Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐

b. Gestörtes Bewusstsein/*Affected consciousness* Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐

c. Bewegungsstörungen/movement disorder (z. B. Ataxie/e. g. ataxia)
Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ _____

d. Augenfehler/eye defects (z. B. Trübungen der Linse/blurring of eye lense)
Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ _____

e. Zahnfehler/Teeth defect
Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ _____

f. sonstige Mängel/other defects (z. B. Nabelveränderungen, Hodenveränderung etc./e. g. hernia changes, testicular change etc.)
Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ _____

Gegebenenfalls bitte beschreiben/
If yes, please describe

5. Sind Veränderungen an Gliedmaßen vorhanden, die auf eine frühere oder jetzige Erkrankung schließen lassen?/ *Are chances of limbs present, that were caused by an earlier or recent injury?* Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ _____

6. Geht das Fohlen lahm?/ *Is the foal lame?* Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐

7. Bestehen Stellungs- oder Gangfehler?/*Is the correctness of conformation or movement affected?* Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ _____

8. Zeigt das Fohlen Merkmale früherer Verletzungen, Behandlungen oder Operationen?/ *Does the foal show signs of earlier injuries, treatments or surgeries?* Ja/*Yes* ☐ Nein/*No* ☐ _____

Bemerkungen und Ergänzungen zum Gutachten./Additional remarks.

_____

_____

Das Fohlen ist nach dem Untersuchungsbefund gesund, mangel- und fehlerfrei./ *According to the vet-check result is the foal healthy and without any defects.*

_____
Ort, Datum/City, Date

_____
Unterschrift des untersuchenden Tierarztes/
Signature of examining veterinarian

Stempel des untersuchenden Tierarztes//
Stamp of examining veterinarian