

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	☐ nein	☐ ja
Schweif-Korrektur	☐ nein	☐ ja
Kopper-OP	☐ nein	☐ ja
Kehlkopf Pfeifer-OP/Ton-OP	☐ nein	☐ ja
Korrektur von Bockhuf/		
Sehnenstelzfuß/sonstige Fehlstellungen	☐ nein	☐ ja

Sonstige Eingriffe: _____

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

Ort, Datum

(Unterschrift des Hengstbesit-

zers/Verantwortlicher)

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 Körveranstaltung einverstanden.

Dem Hengst wurden in der angegebenen Zeit keine Medikamente verabreicht.

Unterschrift des Eigentümers/Bevollmächtigter: _____