

STRAUB  
Zuname Eigentümer (Bitte in BLOCKSCHRIFT)

ANDREA  
Vorname (Bitte in BLOCKSCHRIFT) Titel

AIGEN 60  
Straße, Hausnummer

8911 ADMONT  
PLZ, Ort

**Wurde das Pferd am Betrieb des Eigentümers geboren?**

Ja  Nein, Name des Züchters: \_\_\_\_\_

FEROMIR  
Name des Pferds

WARMBLUT  
Rasse

10.04.2025  
Geburtsdatum

DUNKELBRAUN A  
Farbe und Brand (lt. Pferdepass)

15-stellige Lebensnummer  
(UELN = Universal Equine Life Number)

Hengst ♂  Wallach ◦  
 Stute ♀

Abzeichen

FOR ROMANCE  
Abstammung Vater

BERNAY  
Abstammung Mutter

**VOM TIERARZT AUSZUFÜLLEN**

**ALLGEMEINUNTERSUCHUNG**

T T M M J J J J  
Datum der Untersuchung

ADMONT, AIGEN 60 / 8911  
Ort der Untersuchung

Pflegezustand:  ohne besonderen Befund  sehr gut

Ernährungszustand:  ohne besonderen Befund  sehr gut

Haut- und Haarkleid:  ohne besonderen Befund  u

Ruhefrequenz 42 Züge/Minute Qualität  
Puls: 52 Schläge/Minute erschwertes  Inspirium  Exspirium  o.b.B.   
 ohne besonderen Befund

Innere Körpertemperatur: 37,4 °C

Lungenbefund:  ohne besonderen Befund  OB

Herzbefund:  ohne besonderen Befund  OB

**STÖRUNGEN, FEHLENTWICKLUNGEN UND MÄNGEL**

Gibt es erkennbare Anzeichen für...

Bewusstseinsstörungen (neurologische Erkrankungen)?  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten (während Untersuchung)?  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_  
(keine Haftung für natürliche oder anerzogene Verhaltensweisen, Bösartigkeit, Koppen, Weben, Stätigkeit, Sattel-, Schmiede- oder Verladezwang)

Atemstörungen  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_

Herzstörungen (Auskultation)?  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_

Bewegungsstörungen (z.B. Ataxie)?  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_

\* keine Haftungsübernahme für Schäden, die darauf zurückzuführen sind

Betriebs-Nr.



Arthrosen oder Lahmheiten (>14 Tage andauernd)?  Nein  nicht bekannt (>14 d)

Ja\*, verursacht durch (mit Befund als Nachweis) \_\_\_\_\_

Stellungs- oder Gangfehler?  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_

z.B. Stellung: bodenweit, -eng, vor-/rückbiegig, vor-, unter-, rückständig, fass-/säbelbeinig, kuhhessig; Gang: Bügeln, Streifen, Greifen, Schleifen, Drehen

Veränderungen an Gliedmaßen, die auf eine frühere/aktuelle Erkrankung schließen lassen?  Nein

Ja\*, \_\_\_\_\_

frühere Verletzungen, Behandlungen oder Operationen?  Nein

Ja\*, \_\_\_\_\_

Augenfehler (z.B. Mydriase, Trübungen oder Verklebungen der Linse)?  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_

Maulhöhlen-/Zahn-/Kieferfehlern (z.B. Unter-/Überbiss)?  Nein  Ja\*, \_\_\_\_\_

andere Fehlentwicklungen oder Mängel (hier noch nicht erwähnt (z.B. Nabelveränderung))?  Nein

Ja\*, \_\_\_\_\_

\* keine Haftungsübernahme für Schäden, die darauf zurückzuführen sind

BEHANDLUNGEN UND GESUNDHEIT

Wurde das Pferd bereits aufgrund einer Kolik operiert?  nein  Ja (keine Haftungsübernahme für dieses Pferd)

Wurden tierärztliche Behandlungen (ausgenommen Impfungen, Zahnpflege oder Routinebehandlungen) in den letzten 36 Monaten durchgeführt?  Nein  Ja, ohne OP  Ja, mit OP

Behandlungen (mit Befund als Nachweis) \_\_\_\_\_

Ist das Pferd Ihres Wissens und Befund nach gesund (keine erkennbaren Krankheitszeichen) und frei von Fehlentwicklungen, Veränderungen oder Mängeln?

Ja  Nein (keine Haftungsübernahme für dieses Pferd), Begründung: \_\_\_\_\_

Anmerkungen und Ergänzungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dr GRANIG G.

(Pferde-)Tierarzt

Straße

Mobilnummer

Weitere Bemerkungen

Firmenname

PLZ Ort

E-Mail

Dr. vet. Gottfried Granig  
8911 Admont-Hall 340  
Tel. 03613-2812

Firmenstempel

Datum, Unterschrift

25.8.25 Granig