

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebs-Nr.

EDER MEDWIG
Zuname Eigentümer (Bitte in BLOCKSCHRIFT) Vorname (Bitte in BLOCKSCHRIFT) Titel
BACHING 6 4941 MEHRNBACH
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Wurde das Pferd am Betrieb des Eigentümers geboren?

☒ Ja ☐ Nein, Name des Züchters: EDER MEDWIG

JUX UND TOLLERET ÖWB 26.03.2015
Name des Pferdes Rasse Geburtsdatum
Schwarzwald 0400086100084125
Farbe und Brand (lt. Pferdepass) 15-stellige Lebensnummer
(UELN = Universal Equine Life Number)
links: Fesselwunde links: Fesselwunde VA Bene ☒ Hengst ☐ Wallach
Abzeichen Abstammung Vater Geschlecht
Kreuzfleck ☒ Stute Romeo - De Neri
Abstammung Mutter

VOM TIERARZT AUSZUFÜLLEN

ALLGEMEINUNTERSUCHUNG

11.08.2015 BACHING
Datum der Untersuchung Ort der Untersuchung

Pflegezustand: ☒ ohne besonderen Befund ☒ sehr gut

Ernährungszustand: ☒ ohne besonderen Befund ☒ sehr gut

Haut- und Haarkleid: ☒ ohne besonderen Befund ☒ O.G.B.

Ruhefrequenz Qualität
Atmung: 30 Züge/Minute erschwertes ☐ Inspirium ☐ Expirium ☒ o.b.B. ☒
Puls: 40 Schläge/Minute ☐ ohne besonderen Befund ☐

Innere Körpertemperatur: 38,1 °C ☐

Lungenbefund: ☒ ohne besonderen Befund ☐ O.G.B.

Herzbefund: ☒ ohne besonderen Befund ☐ O.G.B.

STÖRUNGEN, FEHLENTWICKLUNGEN UND MÄNGEL

Gibt es erkennbare Anzeichen für...

Bewusstseinsstörungen (neurologische Erkrankungen)? ☒ Nein ☐ Ja*,

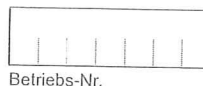
Verhaltensauffälligkeiten (während Untersuchung)? ☒ Nein ☐ Ja*,
(keine Haftung für natürliche oder anerzogene Verhaltensweisen, Börsartigkeit, Koppen, Weben, Stätigkeit, Sattel-, Schmiede- oder Verladezwang)

Atemstörungen ☒ Nein ☐ Ja*,

Herzstörungen (Auskultation)? ☒ Nein ☐ Ja*,

Bewegungsstörungen (z.B. Ataxie)? ☒ Nein ☐ Ja*,

* keine Haftungsübernahme für Schäden, die darauf zurückzuführen sind



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

(Pferde-)Tierarzt DVM Hartmut Keitel Firmenname _____
Inntalstr.25
Straße D-84375 Kirchdorf am Inn PLZ, Ort _____
Mobilnummer 0171 9912084 E-Mail _____

Weitere Bemerkungen _____

DVM Hartmut Keitel
Inntalstr.25
D-84375 Kirchdorf am Inn

Firmenstempel

11.8.25 Keitel

Datum, Unterschrift