

Betriebs-Nr.

KAINBACHER
 Zuname Eigentümer (Bitte in BLOCKSCHRIFT)

MICHAELA
 Vorname (Bitte in BLOCKSCHRIFT) Titel _____

ALTENDORF 26
 Straße, Hausnummer

8733 S. Maria-Feisnitz
 PLZ, Ort

Wurde das Pferd am Betrieb des Eigentümers geboren?

Ja Nein, Name des Züchters: _____

Valentino de Rossi
 Name des Pferds

Österr. Warmblut
 Rasse

13/04/2025
 Geburtsdatum

Dunkelfuchs
 Farbe und Brand (lt. Pferdepass)

Hengst ♂ Wallach ♂
 Stute ♀

Blesse, hi links ni rechts
 Abzeichen

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

Geschlecht

Va Bene
 Abstammung Vater

X De Niro
 Abstammung Mutter

VOM TIERARZT AUSZUFÜLLEN

ALLGEMEINUNTERSUCHUNG

26/08/2025
 Datum der Untersuchung

Feisnitz
 Ort der Untersuchung

Pflegezustand: ohne besonderen Befund _____

Ernährungszustand: ohne besonderen Befund _____

Haut- und Haarkleid: ohne besonderen Befund _____

Atmung: 14 Züge/Minute 40 Schläge/Minute
 Ruhefrequenz Qualität
 erschwertes Inspirium Exspirium o.b.B. _____
 ohne besonderen Befund _____

Innere Körpertemperatur: 38,0 °C _____

Lungenbefund: ohne besonderen Befund _____

Herzbefund: ohne besonderen Befund _____

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

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
An Johannesbach 52
Straße
06642138809
Mobilnummer

Tierklinik Würflach GmbH
Firmenname
2732 Würflach
PLZ, Ort
E-Mail

Tierklinik
02620 20848
0664 2138809
Am Johannesbach 52, 2732 Würflach
Firmenstempel
26.08.2025
Datum, Unterschrift

Weitere Bemerkungen