

Wörgötter

Zuname Eigentümer (Bitte in BLOCKSCHRIFT)

Weißleiten 5

Straße, Hausnummer

Alexandra & Christoph

Vorname (Bitte in BLOCKSCHRIFT)

6393 St. Ulrich a. P.

PLZ, Ort

Titel

Wurde das Pferd am Betrieb des Eigentümers geboren?

☒ Ja ☐ Nein, Name des Züchters:

Valerio

Name des Pferds

Rappe

Farbe und Brand (lt. Pferdepass)

Abzeichen

AWÖ

Rasse

15-stellige Lebensnummer
(UELN = Universal Equine Life Number)
V- Power (Viva Gold x Fidertanz)

Abstammung Vater

10.05.2025

Geburtsdatum

☒ Hengst ☐ Wallach

☐ Stute

Geschlecht

Arizona (Desperados x Ron William)

Abstammung Mutter

VOM TIERARZT AUSZUFÜLLEN

ALLGEMEINUNTERSUCHUNG

05.08.2025

Datum der Untersuchung

St. Ulrich a. P.

Ort der Untersuchung

Pflegezustand: ☒ ohne besonderen Befund ☐

Ernährungszustand: ☒ ohne besonderen Befund ☐

Haut- und Haarkleid: ☒ ohne besonderen Befund ☐

Atmung: Ruhefrequenz 29 Züge/Minute Qualität erschwertes ☐ Inspirium ☐ Exspirium ☐ o.b.B. ☒
Puls: 66 Schläge/Minute ☒ ohne besonderen Befund ☐

Innere Körpertemperatur: 37,5 °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, Börsartigkeit, Koppen, Weben, Stätigkeit, Sattel-, Schmiede- oder Verladezwang)

Atemstörungen ☒ Nein ☐ Ja*,

Herzstörungen (Auskultation)? ☒ Nein ☐ Ja*,

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

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-, ruckständig, fass-/sabelbeinig, kuhhessig; Gang: Bugeln, 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

Tzt. Katharina Pichler

(Pferde-)Tierarzt

Schloßberg 27a

Straße

05354/52057

Mobilnummer

Tierarztpraxis Harlander

Firmenname

6391 Fieberbrunn

PLZ, Ort

stephan.harlander@aon.at

E-Mail

Dipl.Tzt. Stephan Harlander
Tierarzt

Schlossberg 27a · 6391 Fieberbrunn

Tel. u. Fax: 0 53 54 / 52 0 57

Firmenstempel

05.08.25
Datum, Unterschrift

Weitere Bemerkungen