

Bitte füllen Sie (**Pferdetierarzt**) das Formular vollständig und wahrheitsgetreu aus.  
Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherungsnehmer/Züchter.

**Besitzer & Züchter**

<b>Name</b> <i>des Besitzers</i>	
<b>Straße &amp; Hausnummer</b> <i>des Besitzers</i>	
<b>PLZ &amp; Ort</b> <i>des Besitzers</i>	
<b>Wurde das Pferd am Betrieb des Besitzers geboren?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Nein, Name des Züchters:

**Pferd (Fohlen)**

<b>Name &amp; Rasse</b>	Name: _____ Rasse: _____
<b>Abstammung (Vater x Mutter)</b>	_____ X _____
<b>Geburtsdatum &amp; Geschlecht</b>	..... <input type="checkbox"/> Hengst ♂ <input type="checkbox"/> Stute ♀ <input type="checkbox"/> Wallach o
<b>15-stellige Lebensnummer</b> <small>(UELN = Universal Equine Life Number)</small>	_____
<b>Farbe &amp; Brand</b>	Farbe: _____ Brand: _____
<b>Abzeichen</b>	Beschreibung: _____

**Datum & Ort der Untersuchung** ....., .....

**Allgemeinuntersuchung**

(o.b.B = ohne besonderen Befund; n.B. = nicht bekannt)

<b>Pflegezustand</b>	<input type="checkbox"/> o.b.B. <input type="checkbox"/> _____
<b>Ernährungszustand</b>	<input type="checkbox"/> o.b.B. <input type="checkbox"/> _____
<b>Haut- und Haarkleid</b>	<input type="checkbox"/> o.b.B. <input type="checkbox"/> _____
	<b>Ruhefrequenz/Minute</b>   <b>Qualität</b>
<b>Atmung</b>	_____ Züge/Minute   erschwertes <input type="checkbox"/> Inspirium <input type="checkbox"/> Exspirium <input type="checkbox"/> o.b.B. <input type="checkbox"/> _____
<b>Puls</b>	_____ Schläge/Minute   <input type="checkbox"/> o.b.B. <input type="checkbox"/> _____
<b>Innere Körpertemperatur</b>	____, ____ °C <input type="checkbox"/> _____
<b>Lungenbefund</b>	<input type="checkbox"/> o.b.B. <input type="checkbox"/> _____
<b>Herzbe fund</b>	<input type="checkbox"/> o.b.B. <input type="checkbox"/> _____

**Störungen, Fehlentwicklungen und Mängel**

Gibt es erkennbare Anzeichen von ... Wenn Ja\*, Beschreibung anführen:

<b>Bewusstseinsstörungen</b> <small>(neurologische Erkrankungen)?</small>	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, welche? _____
<b>Verhaltensauffälligkeiten**</b> <small>(während Untersuchung)?</small>	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, welche? _____ <small>**keine Haftung für natürlicher oder anerzogener Verhaltensweisen, Börsartigkeit, Koppen, Weben, Stätigkeit, Sattel-, Schmiede- oder Verladezwang</small>
<b>Atemstörungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, welche? _____
<b>Herzstörungen</b> <small>(Auskultation)</small>	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, welche? _____

