



Erklärung des Auftraggebers

Name des Hengstes: _____

Alter/Geb.Datum: _____

Farbe: _____

Eigentümer: _____

Besitzdauer des derzeitigen Eigentümers: _____

LNr./UELN: _____

Vater: _____

Muttervater: _____

Ausbildung: o Dressur o Springen o Vielseitigkeit o Sonstiges: _____

Level/Leistungsklasse: o roh o angeritten o ausgebildet: o A o L o M o S

(Anmerkung: In der Folge: nb = nicht bekannt)

Medikation in den letzten 6 Wochen:

nb nein ja _____

Frühere Lahmheiten:

nb nein ja _____

Gibt es Röntgenbilder von dem Pferd oder gibt es andere Vorbefunde (Ultraschall, etc.):

nb nein ja _____

Frühere sonstige Krankheiten:

nb nein ja _____

Untugenden (Koppen, Weben, etc.):

nb nein ja _____

Saisonale Erkrankungen (z.B. Sommerekzem):

nb nein ja _____

Impfungen nb Influenza Herpes Tetanus
 Tollwut anderes _____
 Letzter Beschlag nb am _____
 Letzte Entwurmung nb am _____

An dem Hengst wurden durchgeführt:

- Arthroskopie: o nein o ja
 (wenn ja, Angabe der operierten Gelenke und Röntgenbilder vor der OP sowie OP-Bericht vorlegen)

- Nabelkorrektur/Nabelbruch-OP: o nein o ja
- Kolik-OP: o nein o ja
- Schweif-Korrektur: o nein o ja
- Kopper-OP: o nein o ja
- Kehlkopfpfeifer-OP: o nein o ja
 (bzw. sonstige korrigierende OP im Kehlkopfbereich)
- Bockhuf- / Sehnenstelzfuß-OP: o nein o ja
 (bzw. Korrektur sonstiger mittel- bis hochgradiger Fehlstellungen)
- Sonstige frühere Operationen: _____

Dem Hengst ist aufgrund veterinärmedizinischer Befunde noch nie die Zulassung zur Körung verweigert worden, noch wurde er aus diesen Gründen nicht gekört.

- Der Auftraggeber) / derzeitige Eigentümer - Name: _____ - erklärt, dass die obigen Angaben zum zu untersuchenden Hengst richtig und vollständig sind.
- Die AWÖ behält sich Medikationskontrollen bei Körperveranstaltungen vor. Der Auftraggeber) / derzeitige Eigentümer - Name: _____ - erklärt sich mit einer Medikationskontrolle im Rahmen der Körperveranstaltung einverstanden.

Ort, Datum

Eigentümer/Auftraggeber