

AUFTRAGSUNTERSUCHUNG

Körung Österreichisches Reitpony



Auftraggeber:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Ort und Datum der Untersuchung: _____

Tierarzt: _____

Anwesende Person(en): _____

Angaben des Auftraggebers:

Ausbildungs- und Trainingsstand: _____

Verabreichung von Medikamenten

ja	nein

wenn ja (welche?, wann?): _____

durchgeführte Operationen

ja	nein

wenn ja (welche?, wann?): _____

Nationale:

Lebensnummer/Name: _____

Farbe/Geschlecht: _____

Abzeichen (Brände, Chip, etc.): _____

Tierärztliche Untersuchung

1. Interne Untersuchung

Puls Qualität o. b. B. oder _____
Ruhefrequenz _____ /min.

Atmung o. b. B. erschwerte Einatmung
Ruhefrequenz _____ /min. erschwerte Einatmung
Lungenauskultation o. b. B. oder _____

Herz o. b. B. oder _____

Augen o. b. B. oder _____

Anzeichen einer Erkrankung von Konjunktiven, Hornhaut, vordere Augenkammer, trübe Linse, Glaskörper, Retina, etc.

Orthopädische Beurteilung

2. Beurteilung in der Bewegung

1) Bewegung an der Hand:

harter Boden:	Gerade:	Schritt: o. b. B.
		Trab: o. b. B.
	Zirkel:	Schritt: o. b. B.
		Trab: o. b. B.
weicher Boden:	Gerade:	Schritt: o. b. B.
		Trab: o. b. B.
	Zirkel:	Schritt: o. b. B.
		Trab: o. b. B.
		Galopp: o. b. B.

2) Abnormales Atemgeräusch in der Bewegung

nein	inspiratorisch	expiratorisch

3) Wendeschmerz

nein	ja

4) Beugeproben:

vo. li. o. b. B.
vo. re. o. b. B.
hi. li. o. b. B.
hi. re. o. b. B.

5) Untersuchung der Extremitäten

vo. li. o. b. B.
vo. re. o. b. B.
hi. li. o. b. B.
hi. re. o. b. B.

3. Geschlechtsorgane

Ausprägung

normal

ja	nein

Bemerkung

4. Zähne

Zahnfehler

ja	nein

Bemerkung

Bewertung der Untersuchungsergebnisse, Gründe die gegen eine Zulassung zur Hengstkörung sprechen

Unterschrift und Stempel des Tierarztes