



## EIGENTÜMER-ERKLÄRUNG

### Abstammung

**Vater:** \_\_\_\_\_ **Muttervater:** \_\_\_\_\_

**Eigentümer:** \_\_\_\_\_

**Lebensnummer:** \_\_\_\_\_

**Farbe:** \_\_\_\_\_

Der/die Eigentümer bestätigt/bestätigen, dass der Hengst keine Anzeichen von Weben und Koppen zeigt und nicht unter Arzneimitteleinwirkung steht.

An dem Pferd wurden **seit Geburt** durchgeführt: (OP-Bericht und ggfs. Röntgenbilder beilegen)

Arthroskopie (Chip-OP)  nein  
 ja, wenn ja bitte Angabe der operierten Gelenke und Röntgenbilder vor OP **sowie** OP-Bericht beilegen

Nabelkorrektur  nein  ja

Kolik – OP  nein  ja

Schweif-Korrektur  nein  ja

Kopper – OP  nein  ja

Kehlkopfpfeifer-OP / Ton – OP  nein  ja

Korrektur von Bockhuf / Sehnen-  
stelzfuss / sonstige Fehlstellungen  nein  ja

Sonstige Eingriffe: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Eigentümer



## Protokoll über die Untersuchung eines Hengstes

Kat. Nr.

1. Eigentümer

2. Name des Pferdes

geb.

3. Lebensnummer

Chipnummer

Abzeichen verglichen

4. Farbe

Vater

Muttervater

5. Frühere

keine

Erkrankungen/Operationen

ja

Eigentümer-Erklärung liegt vor

Medikationen in den letzten 6 Wochen

6. Impfschutz, eingetragen  
im Pferdepass

Influenza  Herpes  Tetanus  Sonstige:

7. Zeuge der Untersuchung

### Untersuchung

8. Pflege und Ernährungszustand

o.b.B.

Bsh:

9. Haut und Narben

o.b.B.

Bsh:

(z.B: OP-Narben, Nabelbruch etc.)

10. Kopf-, Hals-, Rumpfbereich,  
Rücken adpektorisch und  
palpatorisch

o.b.B.

Bsh:

11. Schneidezähne

o.b.B.

Bsh:

Überbiss (weniger als 50% in  
Reibung (bei physiologischer  
Kopfhaltung))

nein

ja

12. Augen (abgedunkelter Raum)

o.b.B.

Bsh:

13. Hoden Konsistenz

rechts

prall-elastisch

weich

links

prall-elastisch

weich

Größe

rechts

gänseei  entenei  hühnerlei  kleiner als hühnerlei

links

gänseei  entenei  hühnerlei  kleiner als hühnerlei

Besonderheiten:

14. Präputium, Hodensack

o.b.B.

Bsh:

15. Kreislauf- und Atmungsapparat  
in Ruhe (inkl. Auskultation)

o.b.B.

Bsh:

16. spontaner Husten

nicht vorhanden

vorhanden



**Leistungsnummer:**

17. Adspektion und Palpation der Gliedmaßen	VL: VR:	HL: HR:	
18. Stellung, Huf, Hufform	<input type="checkbox"/> o.b.B.	Bsh:	
19. Beschlag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> vorne	<input type="checkbox"/> hinten
Besonderheiten			
20. Beurteilung im Schritt und Trab an der Hand auf der Geraden auf festem Boden	<input type="checkbox"/> o.b.B.	Bsh:	
20a. Traben auf dem Zirkel auf weichen und festem Boden auf beiden Händen	<input type="checkbox"/> o.b.B.	Bsh:	
20b. Rückwärtsrichten	<input type="checkbox"/> o.b.B.	Bsh:	
20c. enge Wendungen	<input type="checkbox"/> o.b.B.	Bsh:	
21. Neurologische Störungen: Hinweise auf Ataxie, Zuckfuß, Rammigkeit/Shivering	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
22. Untersuchung unter Belastung bis zum Eintritt intensiver Atmung	<input type="checkbox"/> o.b.B.	Bsh:	
23. Atemgeräusch, während und nach Belastung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> inspiratorisch	<input type="checkbox"/> expiratorisch
23a. Laryngoskopie unter Sedation (zwingend bei vorhandenem Atemgeräusch) Kehlkopf (Bewegung der Stellknorpel)	<input type="checkbox"/> synchron mit vollständiger Abduktion der Stellknorpel <input type="checkbox"/> asynchron mit <b>vollständiger</b> Abduktion der Stellknorpel <input type="checkbox"/> asynchron mit <b>unvollständiger</b> Abduktion der Stellknorpel	sonstige Befunde:	
2. Laryngoskopie am _____	<input type="checkbox"/> Befunde:		
24. Auskultation von Herz und Lunge nach Belastung	<input type="checkbox"/> o.b.B.	Bsh:	
25. Blutuntersuchung für EVA	<input type="checkbox"/> am _____		
26. WFFS-Test	<input type="checkbox"/> am _____		
27. weitere Untersuchungen			
Nachuntersuchung erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen	
Der Hengst ist mit diesen Befunden zur Körung zugelassen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Untersuchungsdatum

Name des Tierarztes  
(Druckbuchstaben)

Unterschrift, Stempel des Tierarztes



## Röntgenbilderbeurteilung

Name:

Lebensnummer:

Farbe:

Abstammung:

Angefertigt von:

am:

	Befund	Befundziffer
<b>Huf 0°</b> (Oxspring) vorne links einschl. Fesselgelenkspalte		
vorne rechts einschl. Fesselgelenkspalte		
<b>Huf 90°</b> vorne links		
vorne rechts		
<b>Zehe 90°</b> vorne links		
vorne rechts		
hinten links		
hinten rechts		
<b>Sprunggelenk 0°</b> links		
<b>Sprunggelenk 45°</b> links		
<b>Sprunggelenk 135°</b> links		
<b>Sprunggelenk 0°</b> rechts		
<b>Sprunggelenk 45°</b> rechts		
<b>Sprunggelenk 135°</b> rechts		
<b>Knie 90°</b> links		
<b>Knie180 °</b> links		
<b>Knie 90°</b> rechts		
<b>Knie180 °</b> rechts		
<b>Weitere Aufnahmen</b>		

Datum

Name des Tierarztes  
(Druckbuchstaben)

Unterschrift, Stempel des Tierarztes