

VERBAL ÜBER DIE AUFNAHME- UNTERSUCHUNG FÜR EINHUFER**Pferd – Pony – Maultier - Esel****BESITZER**

Police Nr.

Name	Geburtsdatum
Vorname	Tel. Privat
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ Ort	Mobile

SIGNALEMENT

Name	Geschlecht	Rasse	Farbe
Geburtsdatum	Pass-Nr. / Transponder / Tätowierung		
Signalement (bei Fehlen der obigen Angaben).....			
Gebrauchsart			

TIERAERZTLICHE UNTERSUCHUNGFestgestellte Mängel bitte unter **BEMERKUNGEN** festhalten**1. Allgemeinzustand**

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|----------------------------------|
| 1.1 Körperbau | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert | |
| 1.2 Modell | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert | |
| 1.3 Haarkleid | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert | |
| 1.4 Charakter | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> Anderes |
| 1.5 Nährzustand | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> mager | <input type="checkbox"/> fett |
| 1.6 Kutane und
subkutane Effloreszenzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 1.7 Narben / Neurektomie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

2. Bewegungsapparat

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| 2.1 Stellung | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 2.2 Bemuskelung / Asymmetrien | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 2.3 Knochen- und Weichteilveränderungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2.4 Bewegung im Schritt und Trab geradeaus | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 2.5 Bewegung auf Volte : | | |
| - rechts | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| - links | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 2.6 Beugeproben der distalen und proximalen Gelenke : | | |
| - vorne | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> positiv |
| - hinten | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> positiv |
| 2.7 Strahlbeine (Brettprobe) | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> positiv |
| 2.8 Zangenprobe | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> positiv |
| 2.9 Andere Besonderheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Für Pferde mit einem Versicherungswert

von CHF 20'000 und mehr, die in der **Variante VIVA**

Spirit versichert werden, sind Röntgenbilder der Strahlbeine und Sprunggelenke beizulegen. Bei einem Wert von CHF 30'000 und mehr sind zusätzlich noch Röntgenbilder des Rückens notwendig. Bitte stellen Sie uns diese Röntgenbilder zwingend im Format DICOM zu.

3. Herz / Kreislauf und Atmungsorgane

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| 3.1 Herzauskultation | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> Geräusche |
| Pulsfrequenz in Ruhe | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> Rhythmus- / Frequenzstörungen |
| Pulsfrequenz nach Bewegung | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> Rhythmus- / Frequenzstörungen |
| 3.2 Atemfrequenz | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 3.3 Spontaner Husten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Auslösbarer Husten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3.4 Nasenausfluss | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3.5 Nasen- / Lungenblutungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3.6 Jugularvenen | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |

4. Andere Organe

- | | | |
|-----------------------|---|------------------------------------|
| 4.1 Augen | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 4.2 Nüstern / Nase | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 4.3 Ohren | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 4.4 Gebiss | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 4.5 Kotbeschaffenheit | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| 4.6 Besonderheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

4.7 Harn- und Geschlechtsorgane der Stuten :

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------------------|
| - Zyklus | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| - Rektaluntersuch | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| - bakteriologischer Test | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Harn- und Geschlechtsorgane der Hengste und Wallache :

- | | | |
|-------------------|---|------------------------------------|
| - Palpation | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| - Rektaluntersuch | <input type="checkbox"/> ohne bes. Befund | <input type="checkbox"/> verändert |
| - Verwachsungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

5. Zusatzfragen für Zuchstuten

- 5.1 Datum der letzten Abfohlens ?.....
- 5.2 Trächtig seit ?
- 5.3 Hat die Stute innerhalb der letzten zwei Jahre abortiert?.....
- Wenn ja, Datum und Ursache?.....

6. Sind Vorbehalte im Vertrag aufzunehmen ?

- 6.1 Definitive Vorbehalte.....
- 6.2 Zeitlich begrenzte Vorbehalte (Nachuntersuchung nach..... Monaten).

BEMERKUNGEN

0. Vorgeschichte/Anamnese (relevante Unfälle, Krankheiten, Therapie)

.....
.....
.....

1. Allgemeinzustand

.....
.....
.....

2. Bewegungsapparat

.....
.....
.....

3. Herz / Kreislauf- und Atmungsorgane

.....
.....
.....

4. Andere Organe

.....
.....
.....

5. Zuchtstuten

.....
.....
.....

6. Vorbehalte

.....
.....
.....
.....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Tierarztes