

GESUNDHEITSBERICHT FÜR EINE PFERDEVERSICHERUNG

Gilt für die Basisversicherung bis € 20.000,- Versicherungswert und nicht für die Krankenkosten-, OP-Kosten-, Paket- und Unbrauchbarkeits-Vers.
Die Kosten dieses Gutachtens gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers!

Bitte füllen Sie dieses Formular mit Schreibmaschine oder Blockbuchstaben aus. Bei unleserlichen Angaben wird diese Erklärung nicht akzeptiert!

Versicherungsnummer: _____

1. Eigentümer

Name, Vorname: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____
 Telefon geschäftlich: _____ Telefax: _____

2. Das zu versichernde Pferd

Name des Pferdes: _____
 Geboren am: _____ Lebensnummer: _____
 Geschlecht: _____ Rasse: _____
 Vater: _____ Mutter: _____
 Farbe / Abzeichen: _____

3. Allgemeines Erscheinungsbild

Allgemeines Verhalten: o.b.B _____
 Ernährungs- und Pflegezustand: o.b.B _____
 Haut und Haarkleid: o.b.B _____
 Gibt es Warzen, Ekzeme und / oder parasitische Leiden? Ja Nein _____

4. A Gesundheitszustand

Adspektion von Maul und Gebiss: o.b.B _____
 Zustand der Schleimhäute: o.b.B _____
 Gibt es Anzeichen von Anämie? Ja Nein _____
 Gibt es Anzeichen von Nasenausfluss? Ja Nein _____
 Gibt es Anzeichen einer periodischen Augenentzündung, Veränderungen /
 Erkrankungen an der Hornhaut, der Iris oder andere Störungen des Auges? Ja Nein _____

4. B Kreislauf- und Respirationsapparat

Herz, Herzrhythmus und Kreislauffunktion: o.b.B _____
 Gibt es Anzeichen von: Herzinsuffizienz, Herznebengeräuschen,
 Arrhythmien, venösen Stauungen und / oder Ödemen? o.b.B _____

	Ruhefrequenz	nach 10 Min. Trab	Normalzustand nach	Art der Atmung
Puls			Min	
Atmung			Min	

Gibt es Nebengeräusche beim Ein- und Ausatmen? Ja Nein _____
 Spontanes Husten: Ja Nein _____
 Künstliches Husten: Ja Nein _____

4. C Nervensystem

Nerven- und Zentralnervensystem: o.b.B. _____
Gibt es Anzeichen von ATAXIE, Wobbler, Hammelschwanz, Herpeslähmungen, Tetanus oder anderen Störungen des Nervensystems? Ja Nein _____

4. D Urogenitaltrakt

Adspektion und Palpation der äußeren Geschlechtsorgane: o.b.B. _____
Gibt es Abweichungen im Bau oder in der Funktion der Geschlechtsorgane? Ja Nein _____

4. E Verdauungstrakt

Liegen Verdauungsstörungen in irgendeiner Form vor? Ja Nein _____
Ist das Pferd Ihren Kenntnissen nach wegen Kolik behandelt worden? Ja Nein _____

4. F Besondere Merkmale

Hat das Pferd Verwundungen und/oder Narben? Ja Nein _____
Wurde das Pferd jemals operiert? Ja Nein _____
Wenn ja, Datum und Ursache der Operation: _____
Gibt es Anzeichen auf Hauptmängel? Ja Nein _____
Hat das Pferd Stalluntugenden? Ja Nein _____

5. Bewegungsapparat

Ist das Pferd beschlagen? Ja Nein Wenn ja, Art des Beschlags: _____
Ist die Bewegung der GGA regelmäßig und lahmfrei? o.b.B. _____
Stand der Vorder- oder Hinterbeine: o.b.B. _____
Hufform und Hufsymmetrie (sind beide Hufe von gleicher Form?): o.b.B. _____
Hufperkussion (Hohlräume, lose Wände): o.b.B. _____
Entwicklung der Strahle: o.b.B. _____
Beschaffenheit der Sehnen und der Sehnscheiden: o.b.B. _____

6. Adspektion und Palpation der Gliedmaßen

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

7. Nur bei Zuchtstuten zu beantworten

Ist die Stute tragend? Ja Nein _____
Wenn ja, wann erwarten Sie die Geburt? _____
Hatte die Stute Ihrer Kenntnis nach früher Geburtsprobleme? Ja Nein _____
Sind Geburtsprobleme zu erwarten? Ja Nein _____

8. Eventuelle Bemerkungen

9. Tierarzt

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Telefax: _____
Mobiltelefon : _____ E-mail: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift das Pferd untersucht zu haben und die Fragen in diesem Untersuchungsbericht richtig und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig beantwortet zu haben.

Bitte senden Sie diesen Gesundheitsbericht an die Geschäftsstelle, Postfach 1110, 25475 Ellerau, zurück!

Stempel Tierarzt

Datum

Ort

Unterschrift Tierarzt