

GESUNDHEITSBERICHT FÜR FOHLEN

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. Angaben zum Fohlen

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

Bei Befunden und Bemerkungen bitte detaillierte Beschreibung!

3. Anamnese von evtl. Erkrankungen, Koliken und/oder Operationen

4. Allgemeines Erscheinungsbild

Ernährungs- und Pflegezustand: o.b.B. _____
 Haut und Haarkleid: o.b.B. _____
 Gibt es Abweichungen an Augen, Gebiss oder Nase? Ja Nein _____
 Anzeichen von Nasenausfluss: Ja Nein _____
 Gibt es Veränderungen an den Jugularvenen? Ja Nein _____
 Gibt es Anzeichen von Anämie? Ja Nein _____
 Zustand der Schleimhäute: o.b.B. _____
 Allgemeines Verhalten: o.b.B. _____

5. Nervensystem

Nerven- und Zentralnervensystem: o.b.B. _____
 Gibt es Anzeichen oder Hinweise auf ATAXIE? Ja Nein _____

6. Verdauungstrakt

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

7. Urogenitaltrakt

Adspektion und Palpation der äußeren Geschlechtsorgane:

o.b.B.

Gibt es Abweichungen im Bau oder in der Funktion der Geschlechtsorgane?

Ja

Nein

8. Kreislauf- und Respirationsapparat

	Ruhefrequenz	Art der Atmung
Puls		
Atmung		

Gibt es Abweichungen am Herz, Herzrhythmus oder an der Kreislauffunktion?

Ja

Nein

Gibt es Anzeichen von Herzinsuffizienz, Ödemen oder venösen Stauungen?

Ja

Nein

Gibt es Herznebengeräusche oder Arrhythmien?

Ja

Nein

Gibt es Nebengeräusche beim Ein- und Ausatmen?

Ja

Nein

Spontanes Husten:

Ja

Nein

Künstliches Husten:

Ja

Nein

9. Bewegungsapparat

Bewegt sich das Fohlen korrekt und ohne Anzeichen von Lahmheiten/Ataxie?

Ja

Nein

Gibt es Abweichungen an den Gliedmaßen und/oder an den Hufen; gibt es Hufkrebs oder Strahlfäule?

Ja

Nein

10. 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.

Gibt es Gelenksüberfüllungen z.B. der Knie-, Fessel- oder Sprunggelenke?

Ja

Nein

Gibt es Anzeichen von Verdickung der Sehnen?

Ja

Nein

11. Eventuelle Bemerkungen

12. Tierarzt

Name:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefax:

Mobiltelefon :

E-mail:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift das Fohlen 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