

UNTERSUCHUNGSBERICHT FÜR EINE GEBURTS- UND FOHLENVERSICHERUNG ODER LEIBESFRUCHTVERSICHERUNG

**Die Kosten dieses Gutachtens gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers!
Die Untersuchung darf frühestens 7 Tage vor Versicherungsbeginn durchgeführt werden!**

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

1. Eigentümer

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

2. Die tragende Stute

| | |
|-----------------------|---------------------|
| Name der Stute: _____ | |
| Geboren am: _____ | Lebensnummer: _____ |
| Geschlecht: Stute | Farbe: _____ |
| Rasse: _____ | Brand: _____ |

3. Allgemeines Erscheinungsbild

| | | |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Ernährungs- und Pflegezustand: | <input type="radio"/> o.b.B. | _____ |
| Haut und Haarkleid: | <input type="radio"/> o.b.B. | _____ |
| Anzeichen von Nasenausfluss: | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Gibt es einen Befund an den Lymphknoten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Gibt es Anzeichen von Anämie? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Zustand der Schleimhäute: | <input type="radio"/> o.b.B. | _____ |
| Allgemeines Verhalten: | <input type="radio"/> o.b.B. | _____ |

4. Verdauungstrakt

| | | |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Beschaffenheit des Kotes: | <input type="radio"/> o.b.B. | _____ |
| Liegen Verdauungsstörungen in irgendeiner Form vor? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Ist das Pferd nach Ihren Kenntnissen wegen Kolik behandelt worden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |

5. Kreislauf- und Respirationsapparat

| | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| Gibt es Abweichungen am Herz, Herzrhythmus oder an der Kreislauffunktion ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Gibt es Anzeichen von Herzinsuffizienz, Ödemen oder venösen Stauungen ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Gibt es Herznebengeräusche oder Arrhythmien? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |

| | Ruhefrequenz | Art der Atmung |
|--------|--------------|----------------|
| Puls | _____ | _____ |
| Atmung | _____ | _____ |

| | | |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Gibt es Nebengeräusche beim Ein- und Ausatmen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Ist eine Bronchoskopie vorgenommen worden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Spontanes Husten: | <input type="radio"/> o.b.B. | _____ |
| Künstliches Husten: | <input type="radio"/> o.b.B. | _____ |

6. Für Leibesfrucht- und Geburtsversicherung zu beantworten:

| | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|-------|
| Ist die Stute völlig gesund und ohne Anzeichen von Schwächen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Ist bei der Stute eine Scheidenplastik gemacht worden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Ist die Frucht / das Fohlen normal entwickelt und lebend? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Ist die Frucht eine Zwillingsfrucht? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Ist die Stute vor oder während der Trächtigkeit hormonell oder medizinisch behandelt worden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Hatte die Stute Ihrer Kenntnis nach früher Geburtsprobleme? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Sind Geburtsprobleme zu erwarten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Wann erwarten Sie die Geburt? | _____ | | |

7. Eventuelle Bemerkungen

8. 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