

Gesundheitserklärung für die Versicherung

DXHGZH-010119

Antragsteller

Name Kundennummer

Adresse Telefon Mobil

Wohnort E-Mail

Angaben zum Pferd/Pony

Name des Pferdes Geschlecht Hengst Wallach Stute

Geburtsdatum Fellfarbe Stockmaß Rasse

Abstammung Chipnummer

Stutbuchnummer Wurde die Chipnummer überprüft? Nein Ja

Allgemeine und klinische Untersuchung

| | keine abweichend | abweichend |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Körperbau und Stand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haut und Fell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schleimhäute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lymphknoten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augen und Augenlider | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Atmungsapparat

| | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atmung in Ruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Typ der Atmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spontanes Husten | nein | ja |
| Larynxempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atmung nach Anstrengung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abweichende Geräusche | nein | ja |
| Laryngoskopie durchgeführt | nein | ja |
| Befund der Laryngoskopie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zirkulationsapparat

| | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Periphere Zirkulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz in Ruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz nach Anstrengung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Verdauungsapparat (äußere Kontrolle)

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maul, Gebiss, Zunge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urogenitalapparat (äußere Kontrolle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nervensystem

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Scheiftonus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korrekturreflexe über Schweif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koordination | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ergänzende Informationen

Ist der Besitzer des Pferdes bei dieser Untersuchung anwesend? Nein Ja

Dressurgrad (nach Angabe des Auftraggebers)

Verwendungszweck (nach Angabe des Auftraggebers) Zucht / Sport (Niveau)/Freizeit

Ort, an dem die Körung stattfindet Klinik / anderswo, nämlich

Ist dieses Pferd Ihres Wissens nach bereits früher veterinär behandelt worden? Nein Ja, 

 Wenn Sie die Frage mit Ja beantwortet haben, bitte die Berichte der behandelnden Tierärzte mitschicken.

Inspektion, Palpation und eventuell Perkussion

| | keine abweichend | abweichend |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kopf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nacken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Widerrist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kruppe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Linkes Vorderbein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rechtes Vorderbein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Linkes Hinterbein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rechtes Hinterbein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hufe

| | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Hornqualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hufperkussion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hufform | | gleich/ungleich .. steiler als... |
| Hufbeschlag | | Nein / vorn / komplett |
| Art des Hufbeschlag | | |

Kontrolle

Im Schritt auf hartem Boden

Auf der geraden Linie

Im Trab auf hartem Boden

Auf der geraden Linie

Im Schritt und Trab auf harten Boden (ab XH 3 stars)

Auf kleiner Volte nach links

Auf kleiner Volte nach rechts

Im Trab auf weichem boden (ab XH 3 stars)

Auf kleiner Volte nach links

Auf kleiner Volte nach rechts

Im Galopp auf weichem Boden (ab XH 3 stars)

Auf kleiner Volte nach links

Auf kleiner Volte nach rechts

Schlangenvolte im Schritt



Nur bei trächtigen Stuten zu beantworten:

Haben Sie die Stute nach Ultraschalluntersuchung als trächtig befunden? Nein Ja, Datum _____

Haben Sie die Stute nach rektaler Untersuchung als trächtig befunden? Nein Ja, Datum _____

Sind während der Trächtigkeit und Ihrer rektalen Untersuchung Abweichungen festgestellt worden? Nein Ja

Abweichung vermerken _____

Sind bei der Geburt Probleme zu erwarten? Nein Ja, _____

Schlussfolgerung/Anmerkungen

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

Der unterzeichnende Tierarzt

Name _____ in _____

Telefon Praxis _____ Telefon mobil _____

erklärt hiermit, dass er das oben beschriebene Pferd untersucht und dieses Formular wahrheitsgemäß ausgefüllt hat.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Tierarzt _____

Das ausgefüllte Formular bitte an die unten stehende Adresse schicken.