

Tierarzt-Gutachten für Reit- und Rennpferde

Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer

Zum Antrag vom: _____

Zur Versicherungsschein-Nr.: _____

Antragsteller: Name: _____

Zusatz: _____

Straße Nr.: _____ Telefon-Nr.: _____ / _____

PLZ / Ort: _____ Fax-Nr.: _____ / _____

Tierbeschreibung:

Rasse	Geburtsjahr / Alter (nach den Zähnen)	Größe (Stockmaß)	Geschlecht	Name, Farbe, Abzeichen, Brand

1. Wann wurde das Pferd zur Erstellung dieses Tierarztgutachtens untersucht? _____

2. Ernährungszustand und Gewicht des Pferdes? _____

3. a) Genügen die Pferde den an sie gestellten Anforderungen? ja nein

b) Verwendungszweck? _____

4. Bei Reitpferden: Ausbildungsstand? _____

Erfolge? _____

5. Wurde das Pferd zuvor bereits behandelt? ja nein

a) aufgrund welcher Krankheit? _____

b) wann und mit welchem Ergebnis? _____

6. Untersuchungsbefund:		in Ruhe	nach 10 Minuten Trab und Galopp	nach wievielen Minuten trat Beruhigung ein ?
Atmung:	Zahl:			
	Beschaffenheit:			
Puls:	Zahl:			
	Beschaffenheit:			
Temperatur:				
Lungenbefund:				
Herzbefund:				

7. Bestehen Anzeichen von:

a) Atembeschwerden ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Atemstörungen wie hörbare, inspiratorische Atemgeräusche ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) gestörtem Bewußtsein ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) Augenfehlern ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trübungen oder Verklebungen der Linse ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Periodische Augenentzündung ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
e) Sonstige Gewährsmängel, insbesondere Koppen (Krippensetzen) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
f) Zahnfehler ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, an welchen Zähnen ?	<hr/>	
8. Sind sonstige Erscheinungen festgestellt worden, die das Bestehen; den Verdacht irgendeiner Krankheit begründen ? Wenn Ja, welche ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Bestehen oder bestanden krankhafte Veränderungen oder Fehler an den Geschlechtsorganen ? Wenn Ja, welche ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. a) Sind Veränderungen an den Gliedmaßen bzw. Hufen vorhanden, die auf eine frühere / jetzige Erkrankung schließen lassen ? Welche ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Geht das Pferd lahm ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grad und Ursache ?	<hr/>	
c) Wurde das Pferd gebrannt oder scharf eingerieben ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) bestehen Stellungs- oder Gangfehler ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, welche ?	<hr/>	
e) Ist Wendeschmerz beim Drehen auf einer Gliedmaße feststellbar ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
f) Tritt nach der Beugeprobe vorübergehend Lahmheit auf ?	vo. li. <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vo. re. <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	hi. li. <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	hi. re. <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
g) Ergebnis der Röntgenaufnahmen ?	<hr/>	
11. Ist sonst noch irgendein Fehler oder eine Untugend vorhanden ? Wenn Ja, welcher Fehler oder welche Untugend ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Zeigt das Pferd Merkmale früherer Verletzungen, Behandlungen oder Operationen, z.B. Brennen, Nervenschnitt ? Wenn Ja, welche ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Ist das Pferde nach dem Untersuchungsbefund gesund, mangel- und fehlerfrei ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. Wird das Pferd gut gepflegt und gefüttert, und sind die Stallungen einwandfrei ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. Sind im Bestand oder im Ort Seuchen vorgekommen ? Wenn Ja, welche und wann ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

16. Ergänzende Bemerkungen:

Ort: _____ den, _____