

**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. Ernährungszustand und Gewicht des Pferdes ? \_\_\_\_\_

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

b) Verwendungszweck ? \_\_\_\_\_

3. Bei Reitpferden: Ausbildungsstand ? \_\_\_\_\_

Erfolge ? \_\_\_\_\_

4. Wurde das Pferd zuvor bereits behandelt ?  ja  nein

a) aufgrund welcher Krankheit ? \_\_\_\_\_

b) wann und mit welchem Ergebnis ? \_\_\_\_\_

5. Untersuchungsbefund:

	in Ruhe	nach 10 Minuten Trab und Galopp	nach wievielen Minuten trat Beruhigung ein ?
<b>Atmung:</b> Zahl:			
Beschaffenheit:			
<b>Puls:</b> Zahl:			
Beschaffenheit:			
<b>Temperatur:</b>			
<b>Lungenbefund:</b>			
<b>Herzbefund:</b>			

6. 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 ?                                     |                             |                               |

7. Sind sonstige Erscheinungen festgestellt worden, die das Bestehen; den Verdacht irgendeiner Krankheit begründen ? Wenn Ja, welche?

8. Bestehen oder bestanden krankhafte Veränderungen oder Fehler an den Geschlechtsorganen ? Wenn Ja, welche ?

9. a) Sind Veränderungen an den Gliedmaßen bzw. Hufen vorhanden, die auf eine frühere / jetzige Erkrankung schließen lassen ? Welche ?

b) Geht das Pferd lahm ?  
    Grad und Ursache ?

c) Wurde das Pferd gebrannt oder scharf eingerieben ?

d) bestehen Stellungs- oder Gangfehler ?  
    Wenn Ja, welche ?

e) Ist Wendeschmerz beim Drehen auf einer Gliedmaße feststellbar ?

f) Tritt nach der Beugeprobe vorübergehend Lahmheit auf ?

vo. li.  ja  nein

vo. re.  ja  nein

hi. li.  ja  nein

hi. re.  ja  nein

g) Ergebnis der Röntgenaufnahmen ?

10. Ist sonst noch irgendein Fehler oder eine Untugend vorhanden ?  
    Wenn Ja, welcher Fehler oder welche Untugend ?

11. Zeigt das Pferd Merkmale früherer Verletzungen, Behandlungen oder Operationen, z.B. Brennen, Nervenschnitt ? Wenn Ja, welche ?

12. Ist das Pferd nach dem Untersuchungsbefund gesund, mangel- und fehlerfrei ?

13. Wird das Pferd gut gepflegt und gefüttert, und sind die Stallungen einwandfrei ?

14. Sind im Bestand oder im Ort Seuchen vorgekommen ?  
    Wenn Ja, welche und wann ?

15. Ergänzende Bemerkungen:

---

---

---

Wann haben Sie die Tiere zur Erstellung dieses Tierarztgutachtens untersucht ? \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ den, \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift des Tierarztes)