

Anlage 2

Anlage 2 ZVO – Tierärztliche Bescheinigung

Tierärztliche Bescheinigung

Name des Hengstes: _____

Lebensnummer (UELN)
und Transpondernummer: _____

Farbe und Abzeichen verglichen:

Besitzer: _____

Der oben beschriebene Hengst wurde heute von mir hinsichtlich folgender Punkte untersucht:

1. Allgemeiner Gesundheitszustand:

2. Sind erworbene Exterieurmängel (Gallen, Überbeine, Sehnenveränderungen u.Ä.) festzustellen?

nein ja, und zwar: _____

3. Sind Narben festzustellen, die auf Operationen hindeuten?

nein ja, und zwar: _____

4. Sind Gebissanomalien festzustellen?

nein ja, und zwar: _____

5. Ist eine Linsentrübung vorhanden? nein ja _____

6. Nabelbruch oder Hernien des Skrotums festzustellen? nein ja _____

7. Herz und Lunge (Belastungstest kann freier Galopp oder Longieren sein)

7.1 Störungen im Ruhezustand nein ja _____

7.2 Störungen unter Belastung nein ja _____

8. Hoden

8.1 Sind beide Hoden vollständig im Skrotum abgestiegen? nein ja _____

8.2 Unnormale Konsistenz nein ja _____

8.3 Unnormale Größe nein ja _____

8.4 Liegen weitere Anzeichen für Veränderungen an den äußeren Geschlechtsorganen vor?
 nein ja _____

9. Gelenke (Wenn Sie hier Ja angeben, benennen Sie bitte das (die) betreffende(n) Bein(e))

9.1 Patellaauffälligkeiten nein ja _____

9.2 Unnormale Gelenksfüllung nein ja _____

9.3 Liegen weitere Anzeichen für eine Erkrankung an den Gelenken vor? nein ja _____

10. Liegen Anzeichen für Abweichungen des normalen Bewegungsablaufes vor?

nein ja _____

11. Liegen klinisch erkennbare Anzeichen für eine Krankheit mit erblicher Genese oder ein Erbfehler vor?

nein ja _____

12. Liegen Anzeichen für eine Störung des Nervensystems vor?

nein ja _____

13. Konnten Symptome einer ansteckenden Krankheit bei dem Hengst festgestellt werden?

nein ja _____

Mir ist nicht bekannt, dass bei anderen Pferden des Bestandes eine ansteckende Krankheit festgestellt wurde.

14. Aufgrund der von mir durchgeführten klinischen Untersuchung bestehen gegen die Verwendung des Hengstes in der Zucht aus tierärztlicher Sicht folgende/keine Bedenken.

Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel des Tierarztes)

Der für das Pferd Verantwortliche bestätigt, dass der in dieser tierärztlichen Bescheinigung identifizierte Hengst keine Anzeichen von Weben und Koppen zeigt und nicht unter Arzneimittelwirkung steht.

An dem Pferd wurden seit der Geburt durchgeführt:

Nabelkorrektur nein ja

Schweif-Korrektur nein ja

Kopper-OP nein ja

Kehlkopfweifer-OP/Ton-OP nein ja

Korrektur von Bockhuf/

Sehnenstelzfuß/sonstige Fehlstellungen nein ja

Sonstige Eingriffe: _____

Dem Hengst ist auf Grund veterinärmedizinischer Befunde in der Vergangenheit bereits die Zulassung zur Körnung verweigert worden. nein ja

Ort, Datum

(Unterschrift des Hengstbesitzers/Verantwortlicher)

Hinweis: Diese Bescheinigung darf bis zu dem Beginn der Körveranstaltung nicht älter als 14 Tage sein!