

Tierärztliches Attest

Untersuchung am : _____ bei: _____

Züchter//Besitzer: _____

Fohlen – Geburtsdatum, Abstammung: _____

Signalement: _____

Untersuchung:
Nähr-/Pflegezustand/
Körpertemperatur: _____

Narben/Haut/
Haarkleid: o.b.B. _____

Augen: o.b.B. _____

Gebiss: o.b.B. _____

Lymphknoten/Nasenfluss
Herz/Lunge
Venen: o.b.B. _____

Hoden abgestiegen: ja/nein

Nabel: o.b.B. _____

Bewegungsapparat o.b.B. _____

-Stellung: _____

-Hufform: _____

Haben operative Eingriffe zur Besichtigung von Mängeln bzw. Anomalien stattgefunden:

Ja/nein

Impfungen: ja/nein _____

Es wird versichert, dass das Fohlen frei von Koppen und Weben ist.

Ort:

Datum

-Unterschrift Aussteller-

-Unterschrift Tierarzt-