

# Protokoll über die klinische Untersuchung eines Hengstes

---

Interne ID-Nr.

---

1. Eigentümer

---

2. Name des Pferdes geb.

---

3. Lebensnummer Chipnummer

---

Abzeichen verglichen

---

4. Farbe Vater Muttervater

---

5. Frühere  keine  Eigentümer-Erklärung liegt vor  
Erkrankungen/Operationen  ja

---

Medikation in den letzten  
6 Wochen

---

6. Impfschutz, eingetragen im  
Pferdepass

---

7. Zeuge der Untersuchung

---

## Untersuchung

---

8. Pflege und Ernährungszustand  o.b.B. Bsh:

---

9. Haut und Narben (z.B: OP-  
Narben, Nabelbruch etc.)  o.b.B. Bsh:

---

10. Kopf-, Hals-, Rumpfbereich,  
Rücken adpektorisch und  o.b.B. Bsh:  
Palpatorisch

---

11. Schneidezähne  o.b.B. Bsh:  
Überbiss (weniger als 50% in  
Reibung bei physiologischer  nein  ja  
Kopfhaltung)

---

12. Augen (abgedunkelter Raum)  o.b.B. Bsh:

---

13. Hoden

Konsistenz

rechts  derb-elastisch  weich

links  derb-elastisch  weich

Größe

rechts  hühnerlei  entenei  gänseei  kl. als hühnerlei

links  hühnerlei  entenei  gänseei  kl. als hühnerlei

---

Besonderheiten

---

14. Präputium, Hodensack  o.b.B. Bsh:

---

15. Kreislauf- und Atmungsapparat  
in Ruhe (inkl. Auskultation)  o.b.B. Bsh:

---

16. spontaner Husten  nicht vorhanden  vorhanden

---

Lebensnummer des Pferdes

17. Adspektion und Palpation  
der Gliedmaßen VL VR  
HL HR
- 
18. Stellung, Huf, Hufform  o.b.B. Bsh:
- 
19. Beschlag  nein  vorne  hinten  
Besonderheiten
- 
20. Beurteilung im Schritt und Trab  
an der Hand auf der Graden auf  
festem Boden  o.b.B. Bsh:
- 
- 20a. Traben auf dem Zirkel auf  
weichen und festem Boden  
auf beiden Händen  o.b.B. Bsh:
- 
- 20b. Rückwärtsrichten  o.b.B. Bsh:
- 
- 20c. enge Wendungen  o.b.B. Bsh:
- 
21. Neurologische Störung  
Hinweise auf Ataxie, Zuckfuß,  ja  nein  
Rammigkeit/Shivering
- 
22. Untersuchung unter Belastung  
bis zum Eintritt intensiver  o.b.B. Bsh:  
Atmung
- 
23. Atemgeräusch, während und  
nach Belastung  nein  inspiratorisch  expiratorisch
- 
- 23a. Laryngoskopie unter Sedation  
(zwingend bei vorhandenem  synchron mit vollständiger Abduktion der Stellknorpel  
Atemgeräusch)  asynchron mit vollständiger Abduktion der Stellknorpel  
Kehlkopf (Bewegung  asynchron mit unvollständiger Abduktion der Stellknorpel  
der Stellknorpel)
- sonst. Befunde:
2. Laryngoskopie am \_\_\_\_\_ Befunde:
- 
24. Auskultation von Herz und  
Lunge nach Belastung  o.b.B. Bsh:
- 
25. Weitere Untersuchungen  
Nachuntersuchung erforderlich  nein  ja, wegen

\_\_\_\_\_  
Untersuchungsdatum

\_\_\_\_\_  
Name des Tierarztes  
(Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel des  
Tierarztes

### **3. Erklärung über verabreichte Medikamente**

Bitte geben Sie diese Erklärung am Tag der Anlieferung an die Meldestelle

**Daten zum Pferd:**

Kat-Nr.: \_\_\_\_\_

Abstammung: \_\_\_\_\_

LN: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_

Hiermit erklären wir verbindlich, dass dem oben genannten Pferd seit der klinischen Untersuchung ausschließlich folgende Medikamente/Substanzen (Antiparasitika und Impfungen ausgeschlossen) verabreicht wurden:

| <b>Datum</b> | <b>Wirkstoff</b> | <b>Art der Verabreichung</b> | <b>Grund / Diagnose</b> | <b>Unterschrift Tierarzt (Stempel) / verantwortliche Person</b> |
|--------------|------------------|------------------------------|-------------------------|---|
|              |                  |                              |                         |   |
|              |                  |                              |                         |   |
|              |                  |                              |                         |   |
|              |                  |                              |                         |   |
|              |                  |                              |                         |   |
|              |                  |                              |                         |   |

Der Aussteller erklärt sich mit einer Medikationskontrolle im Rahmen der Körperveranstaltung einverstanden.

Dem Hengst wurden in der angegebenen Zeit keine Medikamente verabreicht.

Unterschrift des Eigentümers/Bevollmächtigter:

\_\_\_\_\_

## 4. BESTÄTIGUNG

Kat.-Nr. des Hengstes: \_\_\_\_\_

### Abstammung

Vater: \_\_\_\_\_

Muttervater: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_

Lebensnummer: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

---

Der/die Eigentümer bestätigt/bestätigen, dass der Hengst keine Anzeichen von Weben, Koppen u./o. Sommerexzem zeigt.

An dem Pferd wurden durchgeführt: (OP-Bericht und ggfs. Röntgenbilder

beilegen) Arthroskopie  nein

(Chip-OP)  ja, wenn ja bitte Angabe der operierten Gelenke und Röntgenbilder vor OP sowie OP-Bericht beilegen

---

Nabelkorrektur  nein  ja

Kolik - OP  nein  ja

Schweif-Korrektur  nein  ja

Kopper – OP  nein  ja

Kehlkopf Pfeifer-OP (Ton – OP)  
(sonstige Stimmbandkorrekturen)  nein  ja

Bockhuf-/Sehnenstanzfuß-OP  
(sonstige Fehlstellungen)  nein  ja

Sonstige Eingriffe:

---

Dem Hengst ist aufgrund veterinärmedizinischer Befunde noch nie die Zulassung zur Körung u./o. Auktion verweigert worden, noch wurde er aus diesen Gründen nicht gekört.

---

Ort, Datum

---

Eigentümer/ Bevollmächtigter