



## Tierarztgutachten für Fohlen

Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer/Antragsteller

Zum Antrag vom \_\_\_\_\_

Angaben zum Fohlen  
 Geschlecht Stute Abstammung Camme il faro x Nektar  
 Lebensnummer No Chip 2H6093400972707 Geburtsdatum 01.01.22  
 Name Carina Mae Farbe Braun Brand \_\_\_\_\_  
 Abzeichen \_\_\_\_\_

Tag der Untersuchung \_\_\_\_\_

1. Ernährungszustand des Fohlens gut
2. Ist Ihnen bekannt, ob das Fohlen schon behandelt wurde?  ja  nein
- Falls ja: wegen welcher Krankheit? \_\_\_\_\_
- Wann und mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

### 3. Untersuchungsbefund in Ruhe

Atmung		Puls		Temperatur	Lungenbefund	Herzbefund
Frequenz	Beschaffenheit	Frequenz	Beschaffenheit			
<u>26</u>	<u>erhöht</u>	<u>10</u>	<u>o.s.B.</u>	<u>37,9°C</u>	<u>o.s.B.</u>	<u>o.s.B.</u>

4. Bestehen Anzeichen von \_\_\_\_\_ Falls ja, bitte beschreiben
- a. Atemstörungen  ja  nein \_\_\_\_\_
- b. gestörtem Bewusstsein  ja  nein \_\_\_\_\_

- c. Bewegungsstörungen  ja  nein  
(z.B. Ataxie)
- d. Augenfehlern  ja  nein  
(z.B. Trübungen oder Verklebungen der Linse)
- e. Zahnfehler  ja  nein
- f. sonstige Mängel  ja  nein  
(z.B. Nabelveränderungen etc.)

---



---



---



---

Gegebenenfalls bitte beschreiben

5. Sind Veränderungen an Gliedmaßen vorhanden, die auf eine frühere oder jetzige Erkrankung schließen lassen?
6. Geht das Fohlen lahm?
7. Bestehen Stellungs- oder Gangfehler?
8. Zeigt das Fohlen Merkmale früherer Verletzungen, Behandlungen oder Operationen?
9. Ist das Fohlen nach dem Untersuchungsbefund gesund, mangel- und fehlerfrei?

ja  nein

---

Bemerkungen und Ergänzungen zum Gutachten

---

- Jochel frei

---



---



---

Steinfurt, 10.08.12  
Ort, Datum

  
Unterschrift des untersuchenden Tierarztes

**Jan-Morten Kruck**  
 prakt. Tierarzt  
 Uhlandstr. 29 48565 Steinfurt  
 Tel. 02551/9192310 Fax. 02551/9192311  
 Mobil 0170/8140987  
 tapraxiskruck@gmx.de

Stempel des untersuchenden Tierarztes