

# B. Untersuchungsprotokoll

Auftraggeber

Tierarzt

\_\_\_\_\_  
 Straße  
 | | | | | | | |  
 \_\_\_\_\_  
 Ort  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon  
 \_\_\_\_\_  
 Telefax  
 \_\_\_\_\_  
 E-Mail  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Name **Jan-Morten Kruck**  
**prakt. Tierarzt**  
 \_\_\_\_\_  
 Straße **Uhlandstr. 29 48565 Steinfurt**  
 \_\_\_\_\_  
 Tel. 02551/9192310 Fax. 02551/9192311  
 Mobil 0170/8140987  
 \_\_\_\_\_  
 Ort **tupraxiskruck@gmx.de**  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon  
 \_\_\_\_\_  
 Telefax  
 \_\_\_\_\_  
 E-Mail  
 \_\_\_\_\_

Dritter gemäß Ziff. 11 AGB

Ort und Tag der Untersuchung

\_\_\_\_\_  
 Name  
 \_\_\_\_\_  
 Straße  
 | | | | | | | |  
 \_\_\_\_\_  
 Ort  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon  
 \_\_\_\_\_  
 Telefax  
 \_\_\_\_\_  
 E-Mail  
 \_\_\_\_\_

*Steinfurt, 25.10.2011*

Wurde das Pferd probegeritten?

ja  nein Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

FEI-/Equiden-Pass liegt vor  liegt nicht vor   
 Transponder *9P10000484511* nicht geprüft   
 Lebensmitteltier  Nicht-Lebensmitteltier

Lebensnummer: *056-002-400,7,1,87,78*  
 nicht gefunden   
 Anhang nicht vorhanden  Anhang nicht ausgefüllt

Signalement

entsprechend FEI/Equidenpass

Name: *Kenort von Oudlovel* Rasse: *Bels WB*  
 Geschlecht: *Stute* Farbe: *Pfau*  
 Zahnalter, ca.: *7 Jahre* Brand: \_\_\_\_\_  
 Abzeichen, Kennzeichen: \_\_\_\_\_

o. b. B. = ohne besonderen Befund

## I. Allgemeinuntersuchung

Pflegezustand  o. b. B. \_\_\_\_\_  
 Ernährungszustand  o. b. B. \_\_\_\_\_  
 Haut und Haarkleid  o. b. B. \_\_\_\_\_  
 auffällige Narben  nein  ja \_\_\_\_\_  
 Hauttumoren  nein  ja \_\_\_\_\_

Puls (Qualität)  o. b. B. \_\_\_\_\_

Ruhefrequenz  /min. \_\_\_\_\_

Atmung  o. b. B.  erschwerte Einatmung

Ruhefrequenz  /min. \_\_\_\_\_

erschwerte Ausatmung

Körpertemperatur  °C \_\_\_\_\_

Adspektion des Kopfes  o. b. B. \_\_\_\_\_

Konjunktiven  o. b. B. \_\_\_\_\_

Mandibularlymphknoten  o. b. B. \_\_\_\_\_

Jugularvenen  o. b. B. \_\_\_\_\_

Nasenausfluss  nein  ja \_\_\_\_\_

Spontaner Husten  nein  ja \_\_\_\_\_

## II. Untersuchung in Ruhe

Nervensystem  o. b. B. \_\_\_\_\_

Anzeichen für neurologische Erkrankungen \_\_\_\_\_

### Augen

Vorderer Abschnitt mit Lidern, Konjunktiven, Cornea, vorderer Augenkammer, Iris und Adnexa  o. b. B. \_\_\_\_\_

Hinterer Abschnitt mit Linse, Glaskörper und Augenhintergrund  o. b. B. \_\_\_\_\_

Mydriasis ja  (Lebensmittelstatus beachten) nein

Verhalten  o. b. B. \_\_\_\_\_

Atmungssystem \_\_\_\_\_

auslösbarer Husten  o. b. B. \_\_\_\_\_

Trachealaukultation  o. b. B. \_\_\_\_\_

Lungenauskultation  o. b. B. \_\_\_\_\_

nach Atemstimulierung  o. b. B. \_\_\_\_\_

(CO<sub>2</sub>-Rückatmung) *Wohn Delawin*

Herz (Auskultation)  o. b. B. \_\_\_\_\_

Vordere Maulhöhle  o. b. B. \_\_\_\_\_

Adspektion nach Zungengriff \_\_\_\_\_

Geschlechtsorgane  o. b. B. \_\_\_\_\_

äußerlich sichtbare Anteile \_\_\_\_\_

Adspektion und Palpation \_\_\_\_\_

Kot Beschaffenheit  o. b. B. \_\_\_\_\_

Medikationsprobe  Harn  Blut  sofortige Unterschuchung  keine Untersuchung  andere Handhabung

Probennummer: \_\_\_\_\_

### III. Untersuchung des Bewegungsapparates

Adspektion und Palpation von Hals, Rücken, Kruppe, Brust und Bauchregion

o. b. B.

Adspektion und Palpation der Gliedmaßen inkl. Hufe und Fehlstellungen

vo. li.: ggg. Gallenbildung med. und lat. oberhalb des Kniekopfes.

vo. re.: ggg. Gallenbildung med. und lat. oberhalb des Kniekopfes.

hi. li.: } o. b. B.

hi. re.: } o. b. B.

Beschlag  o. b. B.

Beurteilung im Schritt und Trab an der Hand – auf der Geraden – auf gebogener Linie – auf hartem Boden

o. b. B.

Provokationsproben

Wendeschmerz  nein  ja

Beugeproben der Gliedmaßen (Übersicht, 1 Min, +, ++, +++)

vo. li.:  neg.  pos. hi. li.:  neg.  pos.

vo. re.:  neg.  pos. hi. re.:  neg.  pos.

Beugeschmerz/Beugehemmung Nein

Hufuntersuchungszange Negativ

Zusätzliche Untersuchung \_\_\_\_\_

Neurologische Auffälligkeiten  nein  ja

### IV. Untersuchung von Herz, Atmungs- und Bewegungsapparat während/nach Belastung

(Bewegung bis zum Eintritt intensiver Atmung)  longiert  (nicht ausgebunden)  geritten  freilaufend

Bewegungsstörungen  nein  ja

abnormes Atemgeräusch  nein  inspiratorisch  expiratorisch

Atembeschwerde  nein  ja

Husten, Nasenausfluss  nein  ja

Auskultation Herz  o. b. B.

Lunge  o. b. B.

Puls und Atemfrequenz vor und nach Belastung

	Ruhefrequenz	sofort n. d. Belastung	nach <u>1</u> Minuten	nach <u>10</u> Minuten
Puls	<u>76</u>	<u>72</u>	<u>40</u>	<u>76</u>
Atmung	<u>16</u>	<u>40</u>	<u>16</u>	<u>16</u>

Eintritt intensiver Atmung nach 10 Min. Trab und/oder Galopp

221704

## V. Weitere und/oder zusätzliche Untersuchungen

a) Röntgenuntersuchung Befundbeschreibung (gemäß RöLF  ja  nein)

Vordergliedmaße

**Huf**  
(90°)

vo. li.:

vo. re.:

**Zehe**  
(90° Übersicht)

vo. li.:

vo. re.:

**Huf**  
(0° Oxspring)

vo. li.:

vo. re.:

Hintergliedmaße

**Zehe**  
(90°)

hi. li.:

hi. re.:

**Tarsus**  
(3 Ebenen:  
0°, 45°–70°  
und 90°–135°)

li.:   
(0°)

li.:   
(45°–70°)

li.:   
(90°–135°)

re.:   
(0°)

re.:   
(45°–70°)

re.:   
(90°–135°)

**Knie**  
(2 Ebenen:  
90°, 180°)

li.:  
(90°)

li.:  
(180°)

re.:  
(90°)

re.:  
(180°)

2.) zusätzliche Röntgenaufnahmen (spezielle, ergänzende Röntgenaufnahmen)

**Strahlbein**  
(tang.)

vo. li. (tang.):

vo. re. (tang.):

**Hufgelenk**

(auf dem Oxspring-  
klotz gehalten, 45°  
und 315°)

vo. li. (45°):

vo. li. (315°):

vo. re. (45°):

vo. re. (315°):

**Fesselgelenk**

(4 Ebenen, 0°, 45°,  
90°, 315°)

vo. li. (0°):

vo. li. (45°):

vo. li. (90°):

vo. li. (315°):

vo. re. (0°):

vo. re. (45°):

vo. re. (90°):

vo. re. (315°):

**Dornfortsätze (BWS/LWS):**

(90° bzw. 270°)

Zahl der Aufnahmen:

3.) Sonstige

---

---

---

---

---

---

---

---

