

## Tierärztliche Bescheinigung für Fohlen

(Bescheinigung darf bei Anlieferung nicht älter als 1 Woche sein)

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift des Tierarztes / Stempel

\_\_\_\_\_  
Verkäufer

\_\_\_\_\_  
Fohlen (Name, LN oder Beschreibung)

1) Haarkleid, Pilzbefall o.b.B.  \_\_\_\_\_

2) Hufe (Bockhuf, Zwanghuf, etc.) o.b.B.  \_\_\_\_\_

3) Narben, Muskelatrophie o.b.B.  \_\_\_\_\_

4) Gallen, Gelenkveränderung,  
Fehlstellung, Auftreibung o.b.B.  \_\_\_\_\_

5) Augen o.b.B.  \_\_\_\_\_

6) Nase (Ausfluß?) o.b.B.  \_\_\_\_\_

7) Maulhöhle und Zähne  Vollständig  Zahnstellung o.b.B.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

8) Lymphknoten o.b.B.  \_\_\_\_\_

9) Hustenreflex (auslösbar?) o.b.B.  \_\_\_\_\_

10) Herzbefund o.b.B.  \_\_\_\_\_

11) Lungenbefund o.b.B.  \_\_\_\_\_

12) Körpertemperatur/Allgemeinzustand o.b.B.  \_\_\_\_\_

13) bei Hengsten

a) beide Hoden tastbar?  ja  nein \_\_\_\_\_

b) in den Hodensack abgestiegen?  ja  nein \_\_\_\_\_

14) Sind Nabelveränderungen oder ein  
Bruch vorhanden?  ja  nein \_\_\_\_\_

15) Ist eine Lahmheit oder Bewegungs-  
störung vorhanden? (z.B. Ataxie)  ja  nein \_\_\_\_\_

16) Wurde das Fohlen in den letzten  
6 Monaten behandelt?  ja  nein \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tierarzt