

Wurfabnahme

Bitte von Ihrem Tierarzt ausfüllen lassen!

Name/Vorname des Züchters / Besitzer:
Straße, Hausnummer:
PLZ/Ort:
Telefonnummer:

Angaben zur Mutter der Welpen

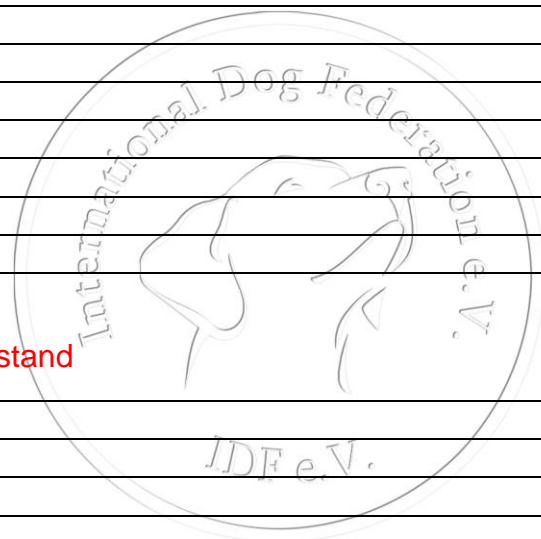
Muttername:
Rasse:
Farbe:
Geboren:
Größe in cm:
HD-Befund
ED-Befund
Chipnummer / Tätö-Nr.:
Zuchtbuchnr.:
Tierärztliche Zuchtzulassung am:
Wurfdatum:
Wurfstärke gesamt:
davon Rüden:
Hündinnen:
Verendete Welpen insgesamt:
davon Rüden
Hündinnen:
verendet am:
Grund:

Angaben zum Welpen

Name:
geboren am:
Rasse:
Geschlecht:
Farbe:
Mikro-Chip-Nr.:
Tätö-Nr.:

Ernährungszustand

Befund:



Pflegezustand

Befund:

Augen

- | | | | |
|--------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| links | <input type="radio"/> korrekt | <input type="radio"/> Entropium | <input type="radio"/> Ektropium |
| rechts | <input type="radio"/> korrekt | <input type="radio"/> Entropium | <input type="radio"/> Ektropium |

Befund:

Ohren

- ohne Befund mit Befund

Befund:

Gebiss

- Korrekt entwickeltes Scherengebiss
- verzögert entwickeltes Scherengebiss
- Zangengebiss
- Vorbiss
- Rückbiss
- Zahnfehlstellung

Befund:



Nabel

- korrekt
- Nabelbruch

Befund:

Rute

- korrekt
- Hakenrute
- Knickrute

Befund:

Hoden

- Beide Hoden fühlbar
- Ein Hode fühlbar
- Keine Hoden fühlbar

Befund:

Die altersgerechte Wahrnehmung der Umwelt ist vorhanden

- Ja
- nein

Der Welpe ist in einem guten Gesundheitszustand

- Ja
- nein

Die Mutterhündin ist in einem guten Gesundheitszustand

- Ja
- nein



Bemerkungen des Tierarztes:

Datum der Untersuchung

Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes

Unterschrift des Züchters

