

Wurfabnahme

Bitte von Ihrem Tierarzt ausfüllen lassen!

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

Angaben zur Mutter der Welpen

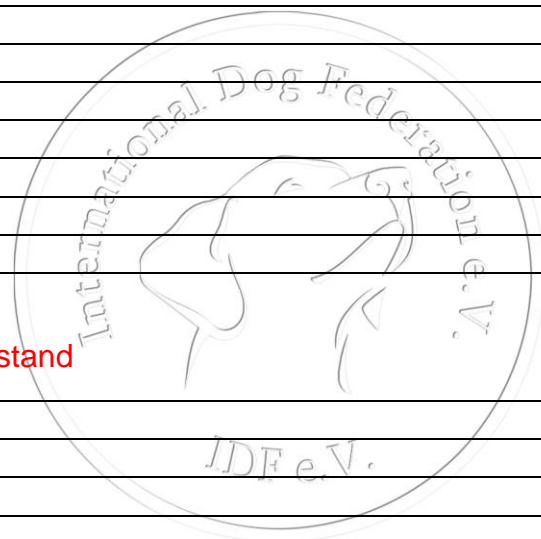
| |
|----------------------------------|
| Muttername: |
| Rasse: |
| Farbe: |
| Geboren: |
| Größe in cm: |
| HD-Befund |
| ED-Befund |
| Chipnummer / Tätö-Nr.: |
| Zuchtbuchnr.: |
| Tierärztliche Zuchtzulassung am: |
| Wurfdatum: |
| Wurfstärke gesamt: |
| davon Rüden: |
| Hündinnen: |
| Verendete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

