

Erklärung des bisherigen Pferdehalters / Verkäufers (oder seines Beauftragten)

im Rahmen des

Vertrages zur tierärztlichen Untersuchung eines Pferdes (Kaufuntersuchung)

vom _____

<input type="checkbox"/> Bisheriger Pferdehalter / Verkäufer <input type="checkbox"/> Beauftragter	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Impfschutz</th> <th style="width: 30%;">letztes Impfdatum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Influenza</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Herpes</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tetanus</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keine Impfschutz</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Impfschutz	letztes Impfdatum	<input type="checkbox"/> Influenza	_____	<input type="checkbox"/> Herpes	_____	<input type="checkbox"/> Tetanus	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> Keine Impfschutz	
Impfschutz	letztes Impfdatum												
<input type="checkbox"/> Influenza	_____												
<input type="checkbox"/> Herpes	_____												
<input type="checkbox"/> Tetanus	_____												
<input type="checkbox"/> _____	_____												
<input type="checkbox"/> Keine Impfschutz													
Vorname Name _____ Straße Hausnummer _____ Plz Ort _____ Telefon _____ Email _____													

Angaben zum Pferd	
Name _____ Lebensnummer _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht _____ Rasse _____	in Besitz seit _____ Untugenden <input type="checkbox"/> ja welche? _____ <input type="checkbox"/> nein Koppen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuchtgebiet _____

Bisherige Haltung und Fütterung					
Stall	<input type="checkbox"/> Box	<input type="checkbox"/> Koppel	<input type="checkbox"/> Offenstall	<input type="checkbox"/> Aktivstall	<input type="checkbox"/> _____
Einstreu	<input type="checkbox"/> Stroh	<input type="checkbox"/> Späne	<input type="checkbox"/> Sägemehl	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Futter	<input type="checkbox"/> Heu	<input type="checkbox"/> Stroh	<input type="checkbox"/> Silage/Heulage	<input type="checkbox"/> Gras	<input type="checkbox"/> Kraftfutter
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Frühere Erkrankungen	Datum	Diagnose
<input type="checkbox"/> keine	_____	_____
	_____	_____

Frühere Operationen	Datum	Durchgeführte Operation
<input type="checkbox"/> keine	_____	_____
	_____	_____

