

IV. Vorbericht des Verkäufers

(Bestandteil des Vertrages über die standardisierte Untersuchung eines Pferdes, siehe AVB Ziffer 2)

im Rahmen der Kaufuntersuchung vom _____
 (Datum der Untersuchung)

Verkäufer	Impfschutz	letztes Impfdatum
Name _____	<input type="checkbox"/> Influenza	_____
Straße _____	<input type="checkbox"/> Herpes	_____
Plz Ort _____	<input type="checkbox"/> Tetanus	_____
Telefon _____	<input type="checkbox"/> _____	_____
E-Mail _____	<input type="checkbox"/> Kein Impfschutz vorhanden	

Angaben zum Pferd	
Name _____	Zuchtgebiet _____
Lebens-Nr. _____	in Besitz seit _____
Mikrochip-Nr. _____	Koppen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geburt _____	Untugenden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1) _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> Wallach <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/> Stute	2) _____
Rasse _____	3) _____

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"/> Mineralfutter

Frühere Erkrankungen	Wann? (von – bis)	Diagnose, Krankheit
<input type="checkbox"/> keine	_____	_____
	_____	_____

Chronische Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Sommerekzem	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/>			

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

Derzeitige Nutzung	Derzeitiger Ausbildungsstand
<input type="checkbox"/> Springen <input type="checkbox"/> Trabrennen <input type="checkbox"/> Gangpferdereiten <input type="checkbox"/> Dressur <input type="checkbox"/> Galopprennen <input type="checkbox"/> Weidegang <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Training <input type="checkbox"/> Stallruhe <input type="checkbox"/> Western <input type="checkbox"/> Wettkampf <input type="checkbox"/>	 <hr/> <hr/> <hr/>

Aktuelle Erkrankungen / Krankheits-Symptome innerhalb der letzten 6 Wochen bis zum Untersuchungs-Zeitpunkt
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Hautausschlag <input type="checkbox"/> Lahmheit <input type="checkbox"/> Verletzung / Wunde, wo?: <input type="checkbox"/>

Verabreichte Medikamente innerhalb der letzten 6 Wochen bis zum Untersuchungs-Zeitpunkt	
verabreichte Medikamente	Datum der Verabreichung
<input type="checkbox"/> keine	
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____

Ich erkläre mich mit dem Abnehmen der Hufeisen sowie ggf. einer Sedierung einverstanden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit erkläre ich nach bestem Wissen und Gewissen, daß die Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich versichere, daß die Angaben in diesem Formular bis zum tatsächlichen Zeitpunkt der Kaufuntersuchung gelten. Sollten sich in dem kurzen Zeitabschnitt zwischen Ausfüllen dieses Formulars und dem Zeitpunkt der Kaufuntersuchung Änderungen ergeben, z.B. Notfall, Erkrankung, Verabreichung von Medikamenten, so verpflichte ich mich, den Käufer umgehend, spätestens vor dem Termin der Kaufuntersuchung, darüber zu informieren.

x _____ , den x _____ x _____
Ort Datum Unterschrift Verkäufer