



Ankaufsuntersuchung

» Bitte faxen Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück. Vielen Dank. «

Seite 1/2

Eigentümer

Name _____ Vorname _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____ Straße / Nr. _____

Käufer

Name _____ Vorname _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____ Straße / Nr. _____

Die Untersuchung erfolgt am: _____ in: _____

Tierarzt: _____ Helfer: _____

I. Signalement des Pferdes

Name _____ Rasse (Zuchtland) _____ Geburtsdatum _____

Zahnalter _____ Brandzeichen _____ Geschlecht _____ Farbe _____

II. Anamnese

Frühere Erkrankungen ja nein

wenn ja, welche? 1. _____ 2. _____

3. _____

Welche Behandlungen wurden durchgeführt? Zu 1. _____

Zu 2. _____ Zu 3. _____

Vorherige Kaufuntersuchung? ja nein

Wenn ja, Ergebnis? _____

im Besitz seit: _____ Vorbesitzer: _____

Rechnungsträger: _____



Schutzimpfungen:

Influenza	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum: _____
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum: _____
Herpes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum: _____
Tollwut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum: _____

Wurmkuren: ja nein Womit, wann zuletzt? _____

Haltung: Weidegang Stallhaltung Stallhaltung + Weide

Verwendungszweck: Springpferd Dressurpferd Hobbypferd Vielseitigkeitspferd
 Traber Galopper Polopferd

Training kein Training
 regelmäßige Arbeit a. d. Longe u. d. Reiter
 unregelmäßige Arbeit a. d. Longe u. d. Reiter

Ausbildungsstand: _____

Erklärung des Tierhalters als Bevollmächtigtem des Eigentümers:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass dem vorstehend näher bezeichneten Pferd innerhalb der letzten 6 Wochen keine leistungssteigernden, dämpfenden, entzündungshemmenden und schmerzstillenden Medikamente verabreicht wurden.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____