

Name des Pferdes: _____ **Datum:** _____

Besitzer: _____ Telefon: _____

Geburtsjahr: _____ im Besitz seit: _____ Anzahl Vorbesitzer: _____ Geschlecht: _____

Rasse: _____ Farbe: _____

Tierarzt: _____

Zahnarzt: _____ letzte Untersuchung: _____

Schmied: _____ letzter Termin: _____

Haltungsform: Box Paddockbox Koppel Offenstall Aktivstall _____

Einsatzbereich: Dressur Springen Kutsche Western Freizeit Vielseitigkeit

Sonstiges: _____

Anzahl der Fohlen? _____ War oder ist Dein Pferd im Deckeinsatz? Wie lange schon? _____

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Grund des Besuchs: _____

Vorerkrankungen: _____

Eisen: nein ja vorne hinten Hornqualität: _____ Mauke: Strahlfäule:

Allergien: _____

Hustet Dein Pferd bei Belastung? Hat Dein Pferd derzeitNasenausfluss? ...Durchfall: ...Kotwasser:

...Aufgasungen: ...Auffälligkeiten beim Liegen / Wälzen? Welche? _____

Appetit: vermehrt normal vermindert Auffällige Futterröllchen:

Koppen Weben Kreiseln Head-Shaking Hahnentritt Shivering Sattelzwang Gurtendruck

Berührungsempfindlich: _____

Rang in der Herde: _____

Besonderheiten Deines Pferdes: _____

Mit welchen Aufgaben/ Herausforderungen beschäftigt Ihr Euch zur Zeit? _____

Was sind die Stärken Deines Pferdes? _____

