

Protokoll über die Untersuchung eines Pferdes Record of the Examination of a Horse	
• Aussteller / Owner:	SCUDERIA SA KH. 2073 Töb Kin der 21.
• Signalement / ID:	ASTERIX SA 2
Zahnalter / Age:	
Chip No:	348097200008337
Identification No.:	
• Allgemeinzustand und Allgemeinbefinde: General Apperance and Overall Condition:	T.: 37,4 °C
• Kreislauf und Atmungsapparat in Ruhe: Cardiovascular and Respiratory Exam at Rest:	Spont. Husten: ja/nein Spont. Cough: yes/ <input checked="" type="radio"/> no
HF/HR: 44	AF/RR: 12
	Atemtyp: OK
• Augen: Eyes:	OK
• Nasen, Maulhöhle, Ohren: Nose, Mouth, Ears:	OK
• Kopf, Hals, Rumpf: Head, Neck, Body:	OK
• Rücken: Adspektion und Palpation Back Adspectory and Palpatory Exam	OK
• Neurologische Störungen: ja/ nein Neurological Disorders: yes/ <input checked="" type="radio"/> no	Verhaltensstörungen: ja/nein Behavioural Disorders: yes/ <input checked="" type="radio"/> no
• Harn und Geschlechtsapparat: Urogenital System:	<input checked="" type="radio"/>
• Rektale Untersuchung: Rectal Exam:	<input checked="" type="radio"/>
• Operationen und Narben: Signs of Suregy, Scars:	
• Bewegungsapparat Adspektion und palpation: Locomotory System: Adspectory and Palpatory Exam:	OK
• Hufbeschlag: Shoes:	NO
• Rückwärtsrichten: Backing up:	Wendeschmerz: ja/ <input checked="" type="radio"/> nein Turning ont he Spot.
• Vorführen im Schritt und Trab auf festem Boden: Walk and Trot on Hard Ground:	OK
• Trab im Kreis harter Boden: Trot Circle Hard Surface:	weicher Boden: Soft Surface: OK
• Beugeprobe je. 1 Min. Vo.Li.: Flexion Tests 1 Min. LF: OK	Vo.Re.: RF: OK
	Hi.Li.: LH: OK
	Hi.Re.: RH: OK
• Bewegung im Galopp bis Scheissausbruch:	Atemgeräusch: ja/ nein

Stenuous Excercise:	Respiratory Noise: yes/ no
<ul style="list-style-type: none"> Kreislauf- u. Atungsapparat nach Belastung: Resoiroatory and/or Cardiovascular Abnormalities after Excercise: yes/ no 	
<ul style="list-style-type: none"> Sonstige erkennbare Mängel: ja/ nein Other Obvious Faults: yes/ no 	
<ul style="list-style-type: none"> Endoskopie: ja/ nein Laryngoscopy: yes/ no 	
<ul style="list-style-type: none"> Röntgenuntersuchung: s. Anlage Radiographic Exam: see Attached Sheet 	
<ul style="list-style-type: none"> Andere Untersuchungen: s. unter „Bemerkungen“ Other Examinations: see under „Remarks“ 	
<ul style="list-style-type: none"> Der Aussteller bestätigt frei sein von Weben-Koppen-Arzneimittleinwirkung: ja/ nein Warranty by Vendor Covering Weaving, Cribbing, Non-administration of Drugs: yes/ no Frühere Operationen: ja/ nein History of Surgery: yes/ no 	
<ul style="list-style-type: none"> Zeuge der Unersuchung: Witness of Exam: 	
•	
OK = Werte und Beobachtungen im Bereich der physiologischen Norm OK = values and observations wihin physiological limits	
Bemerkungen /Remarks:	
Ort/ Place: Tök	Datum/ Date: 2024.09.10.
Unterschrift/ Signature: Dr. I. Simon	