

Protokoll über die Untersuchung eines Pferdes Record of the Examination of a Horse		
• Aussteller / Owner: <u>SCUDERIA SA KH / 2073 Töb Kissan 21</u>		
• Signalement / ID: <u>FOR SEASON'S</u> Zahnalter / Age: <u>2011.05.29.</u> Chip No: <u>34804000001304</u> Identification No.:		
• Allgemeinzustand und Allgemeinbefinde: General Apperance and Overall Condition:		T.: °C
• Kreislauf und Atmungsapparat in Ruhe: Cardiovascular and Respiratory Exam at Rest:		Spont. Husten: ja/nein Spont. Cough: yes/ <u>no</u>
HF/HR: <u>46</u>	AF/RR: <u>12</u>	Atemtyp: <u>OK</u>
• Augen: Eyes: <u>OK</u>		
• Nasen, Maulhöhle, Ohren: Nose, Mouth, Ears: <u>OK</u>		
• Kopf, Hals, Rumpf: Head, Neck, Body: <u>OK</u>		
• Rücken: Adspektion und Palpation Back Adspactory and Palpatory Exam <u>OK</u>		
• Neurologische Störungen: ja/ nein Neurological Disorders: yes/ <u>no</u>		Verhaltensstörungen: ja/nein Behavioural Disorders: yes/ no
• Harn und Geschlechtsapparat: Urogenital System: <u>g</u>		
• Rektale Untersuchung: Rectal Exam: <u>d</u>		
• Operationen und Narben: Signs of Suregy, Scars:		
• Bewegungsapparat Adspektion und palpation: Locomotory System: Adspactory and Palpatory Exam: <u>OK</u>		
• Hufbeschlag: Shoes: <u>NO</u>		
• Rückwärtsrichten: Backing up:		Wendeschmerz: ja/nein Turning ont he Spot: <u>no</u>
• Vorführen im Schritt und Trab auf festem Boden: Walk and Trot on Hard Ground: <u>OK</u>		
• Trab im Kreis harter Boden: Trot Circle Hard Surface:		weicher Boden: <u>Soft Surface: OK</u>
• Beugeprobe je. 1 Min. Vo.Li.: Flexion Tests 1 Min. LF: <u>OK</u>		Vo.Re.: RF: <u>OK</u>
		Hi.Li.: LH: <u>OK</u>
		Hi.Re.: RH: <u>OK</u>
• Bewegung im Galopp bis Scheissausbruch:		Atemgeräusch: ja/ nein

Stenuous Excercise:	Respiratory Noise: yes/ <u>no</u>
<ul style="list-style-type: none"> Kreislauf- u. Atungsapparat nach Belastung: Resoiratory and/or Cardiovascular Abnormalities after Excercise: yes/ <u>no</u> 	
<ul style="list-style-type: none"> Sonstige erkennbare Mängel: ja/ nein Other Obvious Faults: yes/ <u>no</u> 	
<ul style="list-style-type: none"> Endoskopie: ja/ nein Laryngoscopy: yes/ <u>no</u> 	
<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: <u>Tök</u>	Datum/ Date: <u>2024.09.10</u>
Unterschrift/ Signature: <u>Dr. Izing Simon</u>	

