

TRAKEHNER GESELLSCHAFT m b H



Name des Fohlens Hofkompaust Lebensnummer DE 409090069924

17. Stellung o.b.B.

18. Hufform o.b.B.

19. Gelenke (z.B. Füllung etc.) o.b.B.

Hengstfohlen

20. Hodenentwicklung o.b.B.

Hodenabstieg o.b.B.

Stutfohlen

21. Euteranlage o.b.B.

Anogenitalbereich o.b.B.

22. Nabel (z.B. Nabelbruch etc.) o.b.B.

23. haben operative Eingriffe zur Beseitigung von Mängeln stattgefunden? Wenn ja, welche nein

24. Bemerkungen / Mitteilungen des Tierarztes/Kontrolle Impfnachweis (auch bei Fohlenmutter)

Nachuntersuchung erforderlich nein ja

23.09.2024

Untersuchungsdatum (nicht vor dem 22.09.2024!)

 Tierärztliche Praxis für Pferde Stefanie Süß
Auf der Hain 25, 21717 Deinstede
www.pferdepraxis-suess.de Tel. 04149-9336384
Name des Tierarztes (Druckbuchstaben) Unterschrift und Stempel

Der Aussteller/ Besitzer versichert hiermit, alle Angaben vollständig und alle Fragen des Tierarztes korrekt beantwortet zu haben.

23.09.2024

Ort, Datum

Issendorf

Auftraggeber bzw. Bevollmächtigter