



Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Qualzucht von Klein- und Heimtieren der Bundestierärztekammer e.V.

**Patienteninformation** Hunderasse

Geschlecht  Rüde  Hündin

Wurfstag 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Chipnummer

Rufname des Hundes  Zwingername

Farbe  Zuchtbuchnummer

**Besitzer-Daten**

Vorname / Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefonnummer / Email

Mitgliedsnummer ( bitte unbedingt angeben )

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die hier gemachten Angaben korrekt sind und auf den vorstehenden Hund zutreffen. Ich bestätige die Kenntnisnahme der Zuchtordnung des FRZ e.V. und deren Durchführungsbestimmungen sowie die Gebührenordnung des FRZ e.V. in ihrer aktuellen Fassung. Ich nehme mit der folgenden Unterschrift zur Kenntnis, dass die Ergebnisse der Untersuchungen dem FRZ e.V. und dessen zuständigen Zuchtwart/Funktionären mitgeteilt sowie archiviert werden.

Datum / Ort:  Unterschrift des Züchters:

**Bestätigung des Tierarztes**

Hiermit bestätige ich als Tierarzt, dass ich den oben genannten Hund auf seine Identität überprüft habe, und die Ahnentafel zum Vergleich vorlag und übereinstimmt. Der Chip wurde überprüft und hat die Richtigkeit mit den o.g. Angaben. Der Hund wurde Ordnungsgemäß untersucht und es wurden keine unerlaubten Techniken angewandt, um das Ergebnis zu manipulieren. Die Kosten der Untersuchung sind vom Besitzer/Züchter zu tragen und sind beglichen worden. Es bestehen keinerlei Forderungen aus dieser Handlung / Behandlung gegenüber dem FRZ e.V.

Name / Anschrift / Stempel, Datum der Untersuchung und Unterschrift des Tierarztes.

Gewicht:  kg

Ernährungszustand:

Wann und wo wurde der Hund gekauft:

Abstammungsnachweis (Zuchtbuch/Ahnentafel) vorhanden? ja  nein

Impfpass/Heimtierausweis vorhanden? ja  nein

**1. Besitzerbefragung:**

Beschreiben Sie das Verhalten und die Körperhaltung des Tieres in Ruhe

Beschreiben Sie das Verhalten und die Körperhaltung des Tieres im Schlaf  normal  sonstiges:

Beschreiben Sie das Verhalten und die Körperhaltung des Tieres in Bewegung  normal  sonstiges:

Beschreiben Sie das Verhalten und die Körperhaltung des Tieres bei Belastung  normal  sonstiges:

Verändert sich das Verhalten bei hohen und niedrigen Temperaturen?  nein  ja wenn ja, wie:

Tier regelmäßig geimpft:  nein  ja wenn ja, wann zuletzt:

Wer ist der Haustierarzt?

Wurde das Tier bereits wegen einer Erkrankung behandelt, falls ja wie häufig?  nein  Hautentzündungen (ggf.wo)   
 Augenentzündungen   
 Lahmheit (ggf.wo)   
 Herz-/  Kreislauf-/  Atembeschwerden   
 Sonstiges

Benötigt das Tier regelmäßig Medikamente?  nein  ja (Grund/Medikamente/Dosierung):

Wurde der Hund bereits operiert?  nein  ja, Grund:

**2. Zuchtverwendung:**

**Bei Hündinnen**

Wie viele Würfe hatte das Tier?  Traten Schweregeburten auf?  nein  ja

Konnte die Hündin die Welpen abnabeln?  nein  ja

Wurden Kaiserschnitte durchgeführt?  nein  ja (Anzahl)

Kam es zu Todgeburten?  nein  ja (Anzahl)

Traten Missbildungen bei den Welpen auf?  nein  ja (ggf. welche)

**Bei Rüden:**

Wie häufig hat der Hund gedeckt?

Decken bestandseigener Hündinnen  nein  ja, Bemerkungen

Decken bestandsfremder Hündinnen  nein  ja, Bemerkungen (Deckdatum, Name/n der Hündin/nen)

Wie waren die Zuchterfolge?

Sonstige Besonderheiten:



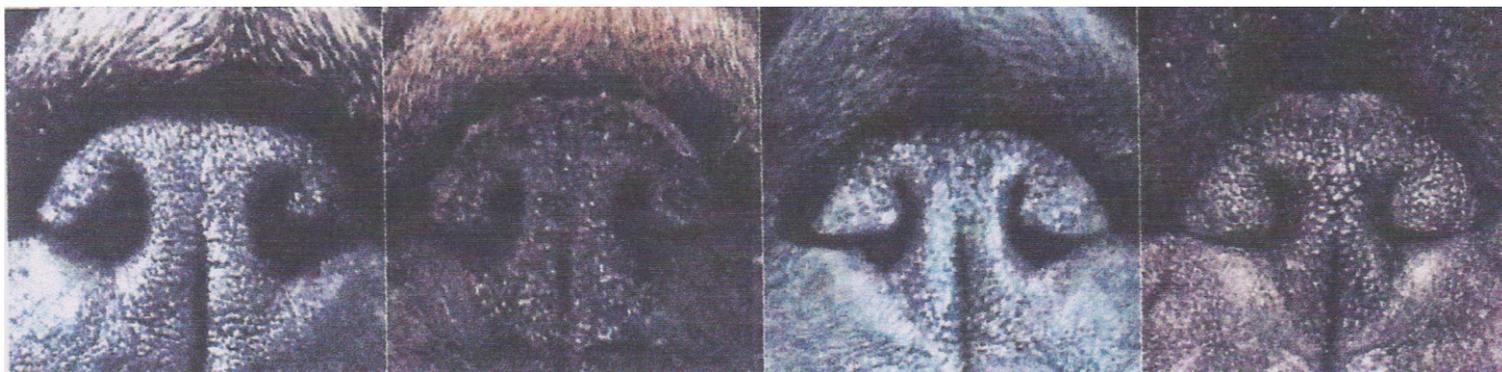
Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Qualzucht von Klein- und Heimtieren der Bundestierärztekammer e.V.

**3. Allgemeine Gesundheitsbefunde**

Entzündungsreaktionen im Bereich der Falten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar Bemerkungen: _____
--	---

**Nase:**

Sind die Nasenöffnungen so weit, dass ausreichend Lufteintritt möglich scheint?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar Bemerkungen: _____
---	---



- A: offene Nasenlöcher     
  B: leichte Stenose     
  C: mittlere Stenose     
  D: starke Stenose

**Kiefer / Maul::**

Sind bei geschlossenem Maul Zähne sichtbar?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Maul wird nicht geschlossen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Oberkiefer _____ <input type="checkbox"/> Unterkiefer _____ <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar Bemerkungen: _____
---	--

**Zunge:**

Hängt bei geschlossenem Maul die Zunge heraus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar    Bemerkungen: _____
Aussehen der Zunge?	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pathologisch _____ <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar Bemerkungen: _____

**Augen:**

Treten die Augen an der Augenhöhle (Exophthalmus)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> rechts _____ <input type="checkbox"/> links _____ <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar
Schielt der Hund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar
Wie ist die Hornhautbeschaffenheit?	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> pathologische Veränderungen <input type="checkbox"/> Trübungen <input type="checkbox"/> Pigmentation <input type="checkbox"/> Hornhautdefekt, makroskopisch erkennbar <input type="checkbox"/> sonstige pathologische Veränderungen: _____
Rechtes Auge	<input type="checkbox"/> pathologische Veränderungen <input type="checkbox"/> Trübungen <input type="checkbox"/> Pigmentation <input type="checkbox"/> Hornhautdefekt, makroskopisch erkennbar <input type="checkbox"/> sonstige pathologische Veränderungen: _____
Linkes Auge	<input type="checkbox"/> pathologische Veränderungen <input type="checkbox"/> Trübungen <input type="checkbox"/> Pigmentation <input type="checkbox"/> Hornhautdefekt, makroskopisch erkennbar <input type="checkbox"/> sonstige pathologische Veränderungen: _____
Sind Tränenstraßen/Verkrustungen/Verklebungen vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar
Sonstige Besonderheiten Auge?	<input type="checkbox"/> Entropium <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Ektropium <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> sonstiges: _____



Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Qualzucht von Klein-und Heimtieren der Bundestierärztekammer e.V

**4. Gesamtbeurteilung**

	In Ruhe	in Bewegung <small>(Bewegungsart,- dauer (in Min.), und / oder Streckenlänge)</small>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, Husten / Röcheln / Würgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, starkes Hecheln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgebungstemperatur / Lokalisation (drinnen / draußen)?		

<input type="checkbox"/> nicht überprüfbar	Bemerkungen: _____
--	--------------------

Stellung der Vordergliedmaßen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weit auseinander, den Brustkorb entlastend _____ <input type="checkbox"/> nicht überprüfbar Bemerkungen: _____
-------------------------------	--

Beweissicherung mittels Fotos:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen: _____
--------------------------------	---

Beweissicherung mittels Filmaufnahmen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen: _____
--	---

**4. Gesamtbeurteilung**

unauffällig, keine weiteren Maßnahmen  
 Hund ist einem Tierarzt / einer Tierärztin mit einer kleintierspezifischen Gebietsbezeichnung (FTA für Kleintiere, FTA für Kleintierchirurgie ) bis zum \_\_\_\_\_ vorzustellen  
 sonstige Maßnahmen /Auflagen: