

**Protokoll über die klinische Untersuchung eines Fohlens für die Auktion / Abnahme**

Aussteller/in: Wolfgang Lutz

Kat.Nr: 1 Kat.Name: Dubsky geb.: 02.04.26

LNr. DE 431310553426 Farbe/Geschlecht: brown, Hengst

Abstammung: Duplexx x Contendro x Heroldie xx

Allgemeine und spez. Untersuchungen:

|     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
| 1.  | Haut u. Haarkleid/Pflegezustand/<br>Verhalten/ Körpertemperatur | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:<br>Narben/Pilzbefall  |
| 2.  | Herzbefunde<br>Lungenbefunde<br>(Auskultation)                  | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/><br>o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/> | Bsh.:<br>Bsh.:<br>Herznebengeräusche/auff. Lungengeräusche        |
| 3.  | Augen   | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:   |
| 4.  | vordere Maulhöhle/Zähne<br>(Zungengriff)                        | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:<br>Vollständigkeit (dem Alter entsprechend)<br>Zahnstellung |
|     | Überbiss  | Nein <input checked="" type="checkbox"/>   | Ja <input type="checkbox"/>                                       |
| 5.  | Nase/Lymphknoten  | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:<br>Ausfluss/Schwellung                                      |
|     | Husten auslösbar  | Nein <input checked="" type="checkbox"/>   | Ja <input type="checkbox"/>                                       |
| 6.  | Nabel   | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:<br>Bruchpforte/Nabelbruch/Nabelbruch-Op.                    |
| 7.  | bei Hengstfohlen: Hoden   | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:<br>Größe/Konsistenz   |
|     | beide Hoden tastbar   | Ja <input checked="" type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                                     |
|     | beide Hoden i.d. Hodensack<br>abgestiegen                       | Ja <input checked="" type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                                     |
|     | ggf. Befund nach Sedation:                                      |  |   |
| 8.  | Bewegungsapparat:<br>Hufe/Gelenke                               | o.b.B. <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:<br>Stellung/Zwanghuf/Bockhuf/Gallen/Auftreibungen           |
| 9.  | Lahmheit/Bewegungsstörung                                       | Nein <input checked="" type="checkbox"/>   | Bsh.:<br>Hinweis auf Ataxie/Muskelatrophie/sonstige               |
| 10. | Sonstige Auffälligkeiten  | Nein <input checked="" type="checkbox"/>   | Ja <input type="checkbox"/>                                       |
| 11. | Vorerkrankungen   | Nein <input checked="" type="checkbox"/>   | Ja <input type="checkbox"/> welche?:                              |

12. Bemerkungen .....

\*o.b.B. = ohne besonderen Befund

Bsh. = Besonderheiten

Ort d. Untersuchung: Vollharsen

Datum d. Untersuchung: 22.05.2021

**TIERÄRZTLICHE PRAXIS** PartG mbB  
Stempel/Tierarzt  
Steffenmacherstr. 6, 28870 Ottersberg  
Tel. 04205-3179-0

[Signature]  
Unterschrift/Tierarzt