

# Erklärung des Verkäufers/Pferdebesitzers

im Rahmen der Kaufuntersuchung vom \_\_\_\_\_  
(Datum der Untersuchung)

Verkäufer/Pferdebesitzer		Impfschutz	letztes Impfdatum
Vorname Name	_____	<input type="checkbox"/> Influenza	_____
Straße Hausnummer	_____	<input type="checkbox"/> Herpes	_____
Plz Ort	_____	<input type="checkbox"/> Tetanus	_____
Telefon	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
Email	_____	<input type="checkbox"/> Kein Impfschutz vorhanden	

Angaben zum Pferd	
Name	_____
Lebens-Nr.	_____
Mikrochip-Nr.	_____
Geburtsdatum	_____
Geschlecht	_____
Rasse	_____
Zuchtgebiet	_____
in Besitz seit	_____
Koppen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Untugenden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1) _____
	2) _____
	3) _____

Bisherige Haltung und Fütterung					
<b>Stall</b>	<input type="checkbox"/> Box	<input type="checkbox"/> Koppel	<input type="checkbox"/> Offenstall	<input type="checkbox"/> Aktivstall	<input type="checkbox"/> _____
<b>Einstreu</b>	<input type="checkbox"/> Stroh	<input type="checkbox"/> Späne	<input type="checkbox"/> Sägemehl	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>Futter</b>	<input type="checkbox"/> Heu	<input type="checkbox"/> Stroh	<input type="checkbox"/> Silage/Heulage	<input type="checkbox"/> Gras	<input type="checkbox"/> Kraftfutter
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Frühere Erkrankungen	Datum	Diagnose
<input type="checkbox"/> keine	_____	_____
	_____	_____

Frühere Operationen	Datum	Durchgeführte Operation(en)
<input type="checkbox"/> keine	_____	_____
	_____	_____


bisheriger Verwendungszweck		
<input type="checkbox"/> Springen	<input type="checkbox"/> Western	<input type="checkbox"/> Gangpferdereiten
<input type="checkbox"/> Dressur	<input type="checkbox"/> Trabrennen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> Galopprennen	

derzeitiger Ausbildungsstand
_____
_____

Verabreichte Medikamente innerhalb der letzten 6 Wochen bis zum Zeitpunkt der Untersuchung	
verabreichte Medikamente	Datum der Verabreichung
<input type="checkbox"/> keine	
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____

Hiermit erkläre ich nach bestem Wissen und Gewissen, daß die Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich versichere, daß die Angaben in diesem Formular bis zum tatsächlichen Zeitpunkt der Kaufuntersuchung gelten. Sollten sich in dem kurzen Zeitabschnitt zwischen Ausfüllen dieses Formulars und dem Zeitpunkt der Kaufuntersuchung Änderungen ergeben, z.B. Notfall, Erkrankung, Verabreichung von Medikamenten, so verpflichte ich mich, den Käufer umgehend, spätestens vor dem Termin der Kaufuntersuchung, darüber zu informieren.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Verkäufer