



EIGENTÜMER-ERKLÄRUNG

Kat.-Nr. (Vorauswahl) des Hengstes: _____

Lebensnummer: _____

Geb.-Datum: _____

Farbe, Abzeichen: _____

Abstammung

Vater: _____ **Muttervater:** _____

Besitzer: _____

Der für das Pferd Verantwortliche bestätigt, dass der Hengst keine Anzeichen von Weben und Koppen zeigt und nicht unter Arzneimittleinwirkung steht.

An dem Pferd wurden seit Geburt durchgeführt:

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Arthroskopie (Chip -OP) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wenn ja bitte Angabe der operierten Gelenke und Röntgenbilder vor OP beilegen |
| Nabelbruchkorrektur / Nabelbruch-OP | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Kolik - OP | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Schweif-Korrektur | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Kopper - OP | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Kehlkopfpfeifer - OP / Ton - OP | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Korrektur von Bockhuf-/ Sehnenstelzfuß/
sonstige Fehlstellungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| OP zu equiner rezidivierenden Uveitis (periodische Augenentzündung) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Sonstige Eingriffe: _____

Der Hengst hatte eindeutige klinische Anzeichen von Sommerekzem nein ja

Dem Hengst ist auf Grund veterinärmedizinischer Befunde in der Vergangenheit bereits die Zulassung zur Körung/Auktion verweigert worden. nein ja

Ort, Datum

Hengstbesitzer/ Verantwortlicher