

Oldenburger Pferdezuchtverband e.V.
z. Hd. Janou Mayer
Grafenhorststraße 5
D-49377 Vechta

Übersendung sehr gern per Email an: mayer.janou@oldenburger-pferde.com

Erfassungsbogen Fohlengesundheit / Missbildungen

Zeigte Ihr Fohlen bei der Geburt gesundheitliche Auffälligkeiten? Im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsarbeiten können die Daten Ihres Fohlens wertvolle Hinweise auf das Vorkommen genetischer Defekte beim Pferd liefern. Hierfür kann es hilfreich sein, Haarwurzelpollen vom Fohlen und der genetischen Mutter untersuchen zu lassen. Bitte senden Sie uns daher entsprechendes Probenmaterial zu. Verwenden Sie für jede Haarprobe einen eigenen Papier-Briefumschlag, in den Sie das Haarbüschel vollständig einlegen. Die Lebensnummer des Pferdes vermerken Sie bitte auf dem Umschlag. Sollte Ihnen über die Erkrankung ein tierärztliches Attest vorliegen, bitten wir Sie, uns dieses in Kopie mitzusenden. Ihre Angaben und Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Angaben zum Geburtsverlauf teilen Sie uns bitte in der Online-Abfohlmeldung mit.

Name und Anschrift des Absenders: _____

Lebensnummer (UELN) des Fohlens: DE _____ Haarprobe Fohlen liegt bei
Lebensnummer (UELN) der Mutter: DE _____ Haarprobe Stute liegt bei

Erfassungsdatum: __. __. ____

	festgestellt von:	
	Züchterin / Züchter	Tierärztin / Tierarzt
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kleinäugigkeit (Mikrophthalmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einäugigkeit (Zyklopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> fehlendes Auge (Anophthalmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gaumenspalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verkrümmter Kiefer / verkrümmte Nase (wry nose defect)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schiefhals / verdrehter Hals (Torticollis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Knickschweif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Harnverlust am Nabel (persistierender Urachus / Urachusfistel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Afterlosigkeit (Atresia ani / coli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fohlen ist lebend geboren, aber aufgrund der Missbildung verstorben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fohlen ist nicht lebend geboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und willige ein, dass diese Daten anonymisiert für wissenschaftliche Studien genutzt werden dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift: _____