

Protokoll über die klinische Untersuchung eines Hengstes

Kat. Nr. Vorauswahl

1. Eigentümer

2. Name des Pferdes: geb.

3. Lebensnummer: Chipnummer:

Abzeichen verglichen

4. Farbe: Vater: Muttervater:

5. Frühere Erkrankungen/
Operationen keine ja Eigentümererklärung liegt vor

Medikationen in den vergangenen
6 Wochen

6. Impfschutz, eingetragen Influenza Herpes Tetanus Sonstige:
im Pferdepass

7. Zeuge der Untersuchung

Untersuchung

8. Pflege und Ernährungszustand o.b.B. Bsh.:

9. Haut und Narben (z.B. OP-Narben,
Nabelbruch etc.) o.b. B. Bsh.:

10. Kopf-, Hals- Rumpfbereich;
Rücken adspektorisch und palpatorisch o.b.B. Bsh.:

11. Schneidezähne o.b.B. Bsh.:

Überbiss (weniger als 50 % in Reibung,
bei physiologischer Kopfhaltung) nein ja

12. Augen (abgedunkelter Raum) o.b.B. Bsh.:

13. Hoden	Konsistenz	rechts	<input type="checkbox"/>	prall-elastisch	<input type="checkbox"/>	weich				
		links	<input type="checkbox"/>	prall-elastisch	<input type="checkbox"/>	weich				
	Größe	rechts	<input type="checkbox"/>	Gänseei	<input type="checkbox"/>	Entenei	<input type="checkbox"/>	Hühnerei	<input type="checkbox"/>	Kleiner als Hühnerei
		links	<input type="checkbox"/>	Gänseei	<input type="checkbox"/>	Entenei	<input type="checkbox"/>	Hühnerei	<input type="checkbox"/>	Kleiner als Hühnerei

14. Präputium, Hodensack o.b.B. Bsh.:

15. Kreislauf- und Atmungsapparat
in Ruhe (inkl. Auskultation) o.b.B. Bsh.:

16. spontaner Husten o.b.B. Bsh.:

Lebensnummer des Pferdes

17. Adspektion und Palpation der Gliedmaßen

v.l.		v.r.
h.l.		h.r.

18. Stellung, Huf, Hufform

<input type="checkbox"/>	o.b.B.	Bsh.:
--------------------------	--------	-------

19. Beschlag

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	vorne	<input type="checkbox"/>	hinten
--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	--------

Besonderheiten:

20a. Beurteilung im Schritt und Trab an der Hand auf der Geraden auf festem Boden

<input type="checkbox"/>	o.b.B.	Bsh.:
--------------------------	--------	-------

20b. Traben auf dem Zirkel auf weichem und festem Boden auf beiden Händen

<input type="checkbox"/>	o.b.B.	Bsh.:
--------------------------	--------	-------

20c. Rückwärtsrichten

<input type="checkbox"/>	o.b.B.	Bsh.:
--------------------------	--------	-------

20d. enge Wendungen

<input type="checkbox"/>	o.b.B.	Bsh.:
--------------------------	--------	-------

21. Neurologische Störungen: Hinweise auf Ataxie, Zuckfuß, Rammigkeit/Shivering

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	----

22. Untersuchung unter Belastung bis zum Eintritt intensiver Atmung

<input type="checkbox"/>	o.b.B.	Bsh.:
--------------------------	--------	-------

23. Atemgeräusch, während und nach Belastung

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	inspiratorisch	<input type="checkbox"/>	expiratorisch
--------------------------	------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------------

23a. Laryngoskopie unter Sedation (zwingend bei vorhandenem Atemgeräusch) Kehlkopf (Bewegung der Stellknorpel)

<input type="checkbox"/>	synchron mit vollständiger Abduktion der Stellknorpel
<input type="checkbox"/>	asynchron mit <i>vollständiger</i> Abduktion der Stellknorpel
<input type="checkbox"/>	asynchron mit <i>unvollständiger</i> Abduktion der Stellknorpel

Sonstige Befunde:

2. Laryngoskopie _____ Befunde:

24. Auskultation von Herz und Lunge nach Belastung

<input type="checkbox"/>	o.b.B.	Bsh.:
--------------------------	--------	-------

25. Blutentnahme

<input type="checkbox"/>	am _____
--------------------------	----------

26. weitere Untersuchungen:

Nachuntersuchung erforderlich

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, wegen:
--------------------------	------	--------------------------	------------

Untersuchungsdatum

Name des Tierarztes (Druckbuchstaben)

Unterschrift, Stempel des Tierarztes