

UNTERSUCHUNG FÜR EINE PFERDEVERSICHERUNG

Gilt für die Basisversicherung über € 20.000,- Versicherungswert, für die Krankenkosten-, Operationskosten-, alle Paket-Versicherungen und alle Unbrauchbarkeits-Versicherungen und darf maximal 6 Wochen alt sein. **Die Kosten dieses Gutachtens gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers!** Bitte füllen Sie dieses Formular mit Schreibmaschine oder Blockbuchstaben aus. Bei unleserlichen Angaben wird diese Erklärung nicht akzeptiert!

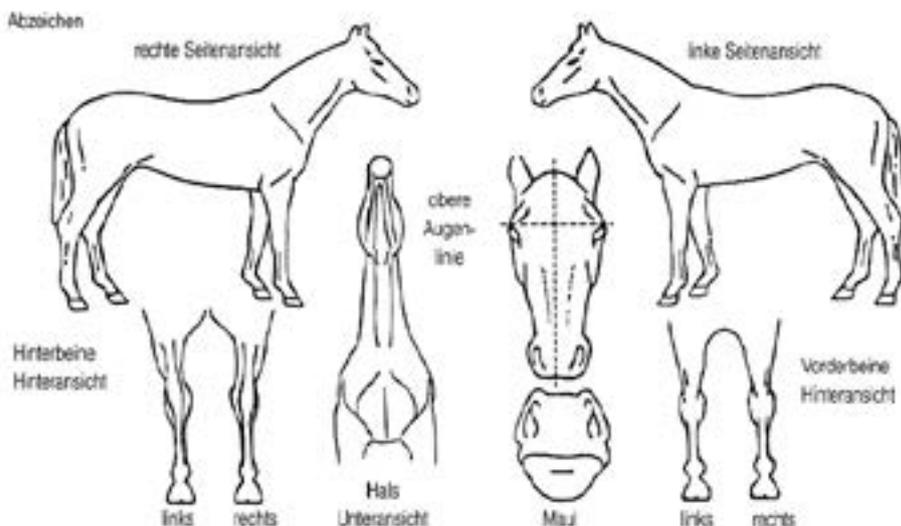
1. Eigentümer

Name, Vorname: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____
 Telefon geschäftlich: _____ Telefax: _____

2. Das zu versichernde Pferd

Name des Pferdes: _____
 Geboren am: _____ Lebensnummer: _____
 Geschlecht: _____ Farbe: _____
 Rasse: _____ Brand: _____
 Vater: _____ Mutter: _____

Abzeichendiagramm



Abzeichnen

Wirbel sind mit X einzutragen

Kopf: _____
 Vorderbein links: _____ Vorderbein rechts: _____
 Hinterbein links: _____ Hinterbein rechts: _____
 Besondere Merkmale: _____

3. Anwesende Personen/Zeugen der Untersuchung

4. Anamnese von evtl. Erkrankungen, Koliken und /oder Operationen

5. Allgemeines Erscheinungsbild

Ernährungs- und Pflegezustand:	<input type="radio"/> o.b.B.		_____
Haut und Haarkleid:	<input type="radio"/> o.b.B.		_____
Gibt es Warzen, Ekzeme und /oder parasitische Leiden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gibt es Abweichungen am Gebiss und /oder an den Augen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gibt es Anzeichen einer periodischen Augenentzündung, Erkrankungen der Hornhaut, der Iris oder andere Störungen des Auges?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Anzeichen von Nasenausfluss?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gibt es Veränderungen an den Jugularvenen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gibt es einen Befund an den Lymphknoten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gibt es Anzeichen von Anämie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Zustand der Schleimhäute:	<input type="radio"/> o.b.B.		_____
Allgemeines Verhalten?	<input type="radio"/> o.b.B.		_____

6. Kreislauf- und Respirationsapparat

Gibt es Abweichungen am Herz, Herzrhythmus oder an der Kreislauffunktion?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gibt es Anzeichen von Herzinsuffizienz, Ödemen oder venösen Stauungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gibt es Herzneben Geräusche oder Arrhythmien ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

	Ruhefrequenz	nach 10 Min. Trab	Normalzustand nach	Art der Atmung
Puls			Min	
Atmung			Min	

Gibt es Nebengeräusche beim Ein- und Ausatmen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Ist eine Bronchoskopie vorgenommen worden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Spontanes Husten:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Künstliches Husten:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

7. Urogenitaltrakt

Adspektion und Palpation der äußeren Geschlechtsorgane:	<input type="radio"/> o.b.B.		_____
Gibt es Abweichungen im Bau oder in der Funktion der Geschlechtsorgane ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

8. Verdauungstrakt

Beschaffenheit des Kotes?	<input type="radio"/> o.b.B.		_____
Liegen Verdauungsstörungen in irgendeiner Form vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Ist das Pferd nach Ihren Kenntnissen wegen Kolik behandelt worden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

9. Nervensystem

Nerven- und Zentralnervensystem:	<input type="radio"/> o.b.B.		_____
Gibt es Anzeichen oder Hinweise auf Wobbler, Hammelschwanz/ ATAXIE?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Anzeichen von Lähmungen oder andere Störungen am Nervensystem?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

10. Besondere Merkmale

Hat das Pferd Verwundungen oder Narben ?

Ja Nein _____

Wenn ja, was könnte die Ursache gewesen sein und geben Sie genau die Art und die Stelle der Verwundung oder Narbe an:

Wurde das Pferd jemals operiert ?

Ja Nein _____

Datum und Ursache der Operation:

Ist das Pferd neurektomiert ?

Ja Nein _____

Hat das Pferd Stalluntugenden ?

Ja Nein _____

11. Bewegungsapparat

Ist das Pferd beschlagen ?

Ja Nein _____

Wenn ja, Art des Beschlages ?

Stand der Vorder- und Hinterbeine:

o.b.B. _____

Hufform und Symmetrie, sind beide Hufe von gleicher Form ?

o.b.B. _____

Hufperkussion (Hohlräume, lose Wände):

o.b.B. _____

Entwicklung der Strahle:

o.b.B. _____

Beschaffenheit der Sehnen und der Sehnenscheiden:

o.b.B. _____

Gibt es Anzeichen von Verdickung der Sehnen ?

Ja Nein _____

Gibt es Anzeichen von Tendinitis ?

Ja Nein _____

Gibt es Gelenksüberfüllungen z.B. der Fessel-, Sprung oder Kniegelenke ?

Ja Nein _____

12. Adspektion und Palpation der Gliedmaßen

vo. li. o.b.B. _____ vo. re. o.b.B. _____

hi. li. o.b.B. _____ hi. re. o.b.B. _____

13. Beurteilung der Bewegung

Bewegt sich das Pferd taktmäßig im Schritt, Trab und Galopp ?

Ja Nein _____

Gibt es Abweichungen an den Gliedmaßen und/oder an den Hufen, Hufkrebs oder Strahlfäule ?

Nein Ja _____

Bewegung auf geschlängelter Linie, besondere Beachtung der Hinterbeine:

o.b.B. _____

Wendeschmerz:

o.b.B. _____

Rückwärtsrichten:

o.b.B. _____

	auf hartem Untergrund	auf gerader Linie	auf der linken Volte	auf der rechten Volte
Im Schritt				
Im Trab				

14. Beugeproben

Resultat nach 10 Metern

Vo. re. neg. pos. _____ Vo. re. neg. pos. _____

Vo. li. neg. pos. _____ Vo. li. neg. pos. _____

Hi. re. neg. pos. _____ Hi. re. neg. pos. _____

Hi. li. neg. pos. _____ Hi. li. neg. pos. _____

Spatprobe:

rechts neg. pos. _____

links neg. pos. _____

Funktion der Kniescheibe:

rechts o.b.B. _____

links o.b.B. _____

Schweiftonus:

o.b.B. _____

15. Nur für die Zuchtuntauglichkeitsversicherung für Deckhengste

Bei einer Zuchtuntauglichkeitsversicherung für Deckhengste wird eine separate Samenuntersuchung mit Attest gefordert.

16. Nur für die Leibesfrucht- und Geburtsversicherung zu beantworten

Dieser Punkt darf frühestens 7 Tage vor Versicherungsbeginn ausgefüllt werden!

Ist die Stute völlig gesund und ohne Anzeichen von Schwächen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Ist bei der Stute eine Scheidenplastik gemacht worden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Ist die Frucht / das Fohlen normal entwickelt und lebend?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Ist die Frucht eine Zwillingsfrucht?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Ist die Stute vor oder während der Trächtigkeit hormonell oder medizinisch behandelt worden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Hatte die Stute Ihrer Kenntnis nach früher Geburtsprobleme?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Sind Geburtsprobleme zu erwarten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Wann erwarten Sie die Geburt?			_____

17. Röntgenaufnahmen

Nur bei einer ALL IN Unbrauchbarkeitsversicherung mit einer Versicherungssumme ab € 4.501,00

Von beiden Vorderbeinen:

1. Hufrolle Oxspring - Aufnahmen
2. Zehe seitlich auf dem Klotz
3. Gleichbein Aufnahmen 45° und 135°

Von beiden Hinterbeinen:

1. Zehe seitlich
2. Sprunggelenk seitlich, AP und Schräge 90°, 0° und 110°
3. Kniegelenk seitlich 90°

18. Qualifizierung der Röntgenaufnahmen

Röntgenklasse: _____

19. Befunde und Bemerkungen zu den Röntgenaufnahmen

20. Serumabnahme

Für Dopingkontrolle bei einer Versicherung auf dauernde Unbrauchbarkeit mit einer Versicherungssumme ab € 50.001,00

Dopingprobe entnommen auf Sedativa, Antiphlogistika und Schmerzmittel

Untersuchung am: _____ neg. pos. sichergestellt und eingefroren

Wenn positiv, auf welche(s) Medikament(e)?

Wenn sichergestellt, wo?

21. Eventuelle Bemerkungen

22. Tierarzt

Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Mobiltelefon : _____

E-mail: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift das Pferd untersucht zu haben und die Fragen in diesem Untersuchungsbericht richtig und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig beantwortet zu haben.

Bitte senden Sie diesen Untersuchungsbericht an die Geschäftsstelle, Postfach 1110 , 25475 Ellerau, zurück!

Stempel Tierarzt

Datum

Ort

Unterschrift Tierarzt