



# FIZO-Check

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Pferdename: \_\_\_\_\_

Microchip: \_\_\_\_\_

Startnr.: \_\_\_\_\_

FEIF ID: \_\_\_\_\_

Farbe/Abzeichen: \_\_\_\_\_

Kontrolle: \_\_\_\_\_

Huflänge: vorne links: \_\_\_\_\_ hinten links: \_\_\_\_\_

Hufeisen: Stärke vorne links: \_\_\_\_\_ Breite vorne links: \_\_\_\_\_ Stärke hinten links: \_\_\_\_\_ Breite hinten links: \_\_\_\_\_

Hoden: Größe links (L&B): \_\_\_\_\_ Konsistenz:    1 = fest  
Größe rechts (L&B): \_\_\_\_\_ Konsistenz:    2 = mittel  
3 = weich

Eingangskontrolle / Reiter: \_\_\_\_\_

Maul:	li.AB	re.AB	Beine:	v.li.AB	v.re.AB	h.li.AB	h.re.AB
Maulwinkel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Huf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Laden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fessel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wangen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sehne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zunge/Gaumen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kommentar: \_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen (Reiter): \_\_\_\_\_ Erneuter Vet-Check: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

Nach 1. Durchgang / Reiter: \_\_\_\_\_

Verwendetes Gebiss: \_\_\_\_\_ |\_\_\_| Reithalter: \_\_\_\_\_ Ausrüstung OK: \_\_\_\_\_

Maul:	li.AB	re.AB	Beine:	v.li.AB	v.re.AB	h.li.AB	h.re.AB
Maulwinkel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Huf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Laden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fessel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wangen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sehne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zunge/Gaumen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kommentar: \_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen (Reiter): \_\_\_\_\_ Erneuter Vet-Check: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

Nach 2. Durchgang / Reiter: \_\_\_\_\_

Verwendetes Gebiss: \_\_\_\_\_ |\_\_\_| Reithalter: \_\_\_\_\_ Ausrüstung OK: \_\_\_\_\_

Maul:	li.AB	re.AB	Beine:	v.li.AB	v.re.AB	h.li.AB	h.re.AB
Maulwinkel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Huf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Laden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fessel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wangen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sehne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zunge/Gaumen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kommentar: \_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen (Reiter): \_\_\_\_\_

Meldung FEIF  Keine Meldung FEIF  Kommentar: \_\_\_\_\_

Protokoll vollständig (Unterschrift Kontrolle/Chefrichter): \_\_\_\_\_