

## Anlage 2

### Anlage 2 ZVO – Tierärztliche Bescheinigung

#### Tierärztliche Bescheinigung

Name des Hengstes: \_\_\_\_\_

Lebensnummer (UELN)  
und Transpondernummer: \_\_\_\_\_

Farbe und Abzeichen verglichen:

Besitzer: \_\_\_\_\_

**Der oben beschriebene Hengst wurde heute von mir hinsichtlich folgender Punkte untersucht:**

1. Allgemeiner Gesundheitszustand:

\_\_\_\_\_

2. Sind erworbene Exterieurmängel (Gallen, Überbeine, Sehnenveränderungen u.Ä.) festzustellen?

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

3. Sind Narben festzustellen, die auf Operationen hindeuten?

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

4. Sind Gebissanomalien festzustellen?

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

5. Ist eine Linsentrübung vorhanden?  nein  ja \_\_\_\_\_

6. Nabelbruch oder Hernien des Skrotums festzustellen?  nein  ja \_\_\_\_\_

7. Herz und Lunge (Belastungstest kann freier Galopp oder Longieren sein)

7.1 Störungen im Ruhezustand  nein  ja \_\_\_\_\_

7.2 Störungen unter Belastung  nein  ja \_\_\_\_\_

8. Hoden

8.1 Sind beide Hoden vollständig im Skrotum abgestiegen?  nein  ja \_\_\_\_\_

8.2 Unnormale Konsistenz  nein  ja \_\_\_\_\_

8.3 Unnormale Größe  nein  ja \_\_\_\_\_

8.4 Liegen weitere Anzeichen für Veränderungen an den äußeren Geschlechtsorganen vor?  
 nein  ja \_\_\_\_\_

9. Gelenke (Wenn Sie hier Ja angeben, benennen Sie bitte das (die) betreffende(n) Bein(e))

9.1 Patellaauffälligkeiten  nein  ja \_\_\_\_\_

9.2 Unnormale Gelenksfüllung  nein  ja \_\_\_\_\_

9.3 Liegen weitere Anzeichen für eine Erkrankung an den Gelenken vor?  nein  ja \_\_\_\_\_

10. Liegen Anzeichen für Abweichungen des normalen Bewegungsablaufes vor?

nein  ja \_\_\_\_\_

11. Liegen klinisch erkennbare Anzeichen für eine Krankheit mit erblicher Genese oder ein Erbfehler vor?

nein  ja \_\_\_\_\_

12. Liegen Anzeichen für eine Störung des Nervensystems vor?

nein  ja \_\_\_\_\_

13. Konnten Symptome einer ansteckenden Krankheit bei dem Hengst festgestellt werden?

nein  ja \_\_\_\_\_

Mir ist nicht bekannt, dass bei anderen Pferden des Bestandes eine ansteckende Krankheit festgestellt wurde.

14. Aufgrund der von mir durchgeführten klinischen Untersuchung bestehen gegen die Verwendung des Hengstes in der Zucht aus tierärztlicher Sicht folgende/keine Bedenken.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*(Unterschrift und Stempel des Tierarztes)*

Der für das Pferd Verantwortliche bestätigt, dass der in dieser tierärztlichen Bescheinigung identifizierte Hengst keine Anzeichen von Weben und Koppen zeigt und nicht unter Arzneimittelwirkung steht.

An dem Pferd wurden seit der Geburt durchgeführt:

Nabelkorrektur  nein  ja

Schweif-Korrektur  nein  ja

Kopper-OP  nein  ja

Kehlkopfpfeifer-OP/Ton-OP  nein  ja

Korrektur von Bockhuf/

Sehnenstelzfuß/sonstige Fehlstellungen  nein  ja

Sonstige Eingriffe: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*(Unterschrift des Hengstbesitzers/Verantwortlicher)*

*Hinweis: Diese Bescheinigung darf bis zu dem Beginn der Körveranstaltung nicht älter als 14 Tage sein!*