



Erklärung Auftraggeber

Honorar:

Das Honorar für die Untersuchung ist mit dem Tierarzt jeweils individuell vor der Unterfertigung der Erklärung des Auftraggebers zu vereinbaren. Unabhängig vom Ergebnis der Untersuchung ist das Honorar vom Auftraggeber zu bezahlen.

Haftung:

Befunde und Erklärungen, die der Auftraggeber (bzw. seine Hilfspersonen) beibringt bzw. abgibt, werden vom Tierarzt nur auf ihre Schlüssigkeit geprüft. Für Schäden, die aus deren Fehlerhaftigkeit entstehen, haftet der Tierarzt nur bei für ihn offensichtlicher Unrichtigkeit. Der Auftraggeber bleibt während der Untersuchung Halter des Pferdes. Alle Schäden, die durch das Pferd wem auch immer entstehen, sind vom Auftraggeber zu tragen; der Tierarzt und der Versicherer sind klag- u. schadlos zu halten.

Mitwirkungspflicht und Erklärung des Auftraggebers:

Ich erkläre, dass ich bzw. meine Hilfsperson alle Fragen hinsichtlich dieser Untersuchung nach bestem Wissen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und mir die entsprechenden Informationen von Dritten beschafft zu haben. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass wissentlich unwahre Angaben die Ungültigkeit des Versicherungsvertrages zur Folge haben können. Nach Antragstellung darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen oder gestatten. Der Versicherungsnehmer hat jede Gefahrerhöhung, die ihm bekannt wird, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn sie ohne seinen Willen erfolgt. Als Gefahrerhöhung gilt es insbesondere, wenn der Versicherungsnehmer die Verwendungsart oder die Haltungsweise der Tiere ändert.

Zustimmung Datenschutzgesetz:

Ich stimme im Sinne des Datenschutzgesetzes ausdrücklich zu, dass Ärzte, Pferdekliniken, Versicherungsträger, Behörden usw. dem Versicherer die zur Antragsprüfung oder zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht lt. geltendem Tierärztegesetz.

Ort: Datum:

.....
Unterschrift des Auftraggebers





Angaben des Auftraggebers

Eigentümer / Auftraggeber

Name: Telefon:
 Anschrift: Mobil:
 PLZ, Ort: e-mail:
 Geburtsdat.: Telefax:

Das zu versichernde Pferd / Kennzeichen

entsprechend FEI / Equidenpass mit der Nummer:

Name:

Geschlecht: geb.:

Vater: Mutter:

Rasse: Farbe:

Brand: Zahnalter:

FEI / Equidenpass: Equidennr.:

Chipnr.: Lebensnr.:





Untersuchungsprotokoll

Anamnese:

.....
.....

Befruchtungsergebnis laufende / vergangene Saison

gedeckte Stuten:
davon tragend:
güst:
nicht anzurechnen:

Vorbehandlung

.....
.....

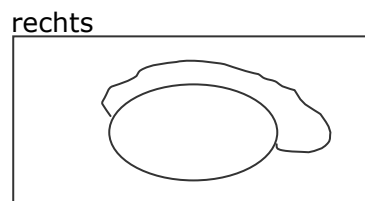
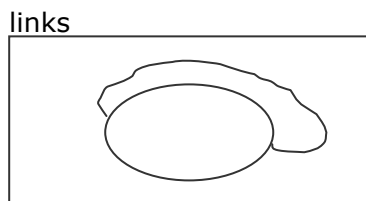
Impfungen / Entwurmungen / Allergien

gedeckte Stuten:
davon tragend:
güst:
nicht anzurechnen:

Diagnose

.....
.....
.....
.....

Geschlechtsorgane



Hodensack

.....



Hoden

Größe
Symmetrie
Form
Lage
Konsistenz
Schmerz

Nebenhoden

-kopf
-körper
-schwanz
Symmetrie
Lage
Konsistenz

Samenstränge

.....

Penis

.....

Präputium

.....

Samenleiterampullen

Größe
Symmetrie
Konsistenz

Samenblasendrüsen

Größe
Symmetrie
Konsistenz

Prostata

Größe
Symmetrie
Konsistenz

**Beckenstück
der Harnröhre**

.....

Sonstiges

.....

.....

.....



Geschlechtsverhalten

bei Samengewinnung bei Paarungsversuch Sonstiges:

Paarungspartner

Art:

Paarungs-
bereitschaft

Libido

Aufsprung
nach (min)

Annehmen der K.V.

Art der K.V.:

Art des Innen-
schlauches

Temperatur
des Vag.
Innenraumes

Erektion

Friktion

Pulsation:

Ejakulation

Penis- und Präputialschleimhaut

.....

Sonstiges

.....

 **Untersuchung von**

Samenprobe

Keimgehalt

Resistenztest

Harnröhrenabschnitt

.....

Eichelgrubenabstrich

.....

Penisabstrich

.....

Blutprobe

.....

Blutbild

.....



Harnprobe

.....

EAV

.....

Sonstige Untersuchungen

.....

🚩 Ejakulatparameter

1. Ejakulat

2. Ejakulat

Uhrzeit	.....	.....
Volumen (ml)	.....	.....
Schleim- anteil (ml)	.....	.....
Aussehen	.....	.....
Konsistenz	.....	.....
Farbe	.....	.....
Dichte (mio/ml)	.....	.....
Spermien- gesamtanzahl	.....	.....
pH-Wert	.....	.....

🚩 Bewegungsaktivität (%)

	unverdünnt			verdünnt 1+2			unverdünnt			verdünnt 1+2		
	V	O	U	V	O	U	V	O	U	V	O	U
nach 0 Std.												
nach 24 Std.												
nach 48 Std.												
nach 72 Std.												

🚩 Abweichende Spermienformen (%)

Kopfklappe
 Kopf
 Hals
 Verbindungs-
stück



Haupt- und Endstück

Rundzellen

Unreife Formen

Summe

 **Beurteilung**

.....

.....

.....

Gesamtmotile SZ (%)

Progressive SZ (%)

Konzentration (mio/ml)

Viability

Intakt (%)

Defekt (%)

 **Befund zur Untersuchung**

Probeentnahme

Eingetroffen erledigt

Material

Gewünschte Untersuchung

Bei der bakteriologischen / mykologischen Untersuchung wurden nachgewiesen

Material	Grad	Keim	Bemerkung



Resistenztest:

S sensibel

R resistent

I intermediär

	P	AML	CN	TE	SXT	ENR	CL	AMC	CT	F	K	MY	N	PB	FD	DA	EFT	CEQ	AMP	C	MAR

P Penicillin

AML Amoxicillin

CN Gentamycin

TE Tetrazyklin

SXT Sulfamethoxazol – Trimethoprim

ENR Enrofloxacin

CL Cephalexin

AMC Amoxicillin + Clavulansäure

CT Colistin

F Nitrofurantoin

K Kanamycin

MY Lincomycin

N Neomycin

PB Polymyxin B

FD Fusidinsäure

DA Clindamycin

EFT Ceftiofur

CEQ Cefquinome

AMP Ampicillin

C Chlorampfenicol

MAR Marbofloxacin

 **Unterschrift und Stempel des Untersuchers**

Hinweis:

Untersuchungsbefunde dürfen nicht ohne Genehmigung von INVIVA für Publikationen oder Werbezwecke verwendet werden.

