

Name des Hundes:

Chipnummer:



Beurteilung durch den Tierarzt

Puls:

xxx/min

Atmung:

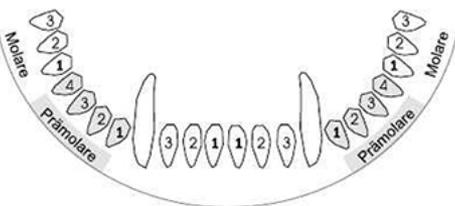
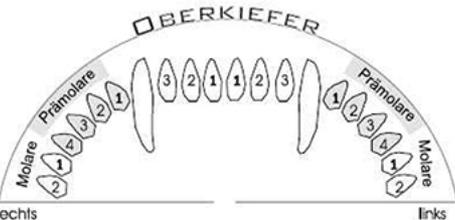
xxx/min

Haut/Haar:

Verhalten:

Bemerkungen:

Auffälligkeiten des Gesundheitszustandes



Oberkiefer Rechts

- Schneidezahn 1
- Schneidezahn 2
- Schneidezahn 3
- Fangzahn
- P1
- P2
- P3
- P4
- M1
- M2

Oberkiefer Links

- Schneidezahn 1
- Schneidezahn 2
- Schneidezahn 3
- Fangzahn
- P1
- P2
- P3
- P4
- M1
- M2

Unterkiefer Rechts

- Schneidezahn 1
- Schneidezahn 2
- Schneidezahn 3
- Fangzahn
- P1
- P2
- P3
- P4
- M1
- M2
- M3

Unterkiefer Links

- Schneidezahn 1
- Schneidezahn 2
- Schneidezahn 3
- Fangzahn
- P1
- P2
- P3
- P4
- M1
- M2
- M3

Der kontrollierte Hund ist vollzählig:

- JA
- NEIN

Untersuchender Arzt

Datum/ Unterschrift/ Stempel: