



Name BesitzerIn

Name Pferd

Straße

Alter, Größe, Geschlecht

PLZ/Wohnort

Rasse im Besitz seit.....

Email

Straße Stall

Tel/Mobil

PLZ/Ort Stall

HufpflegerIn/SchmiedIn

TierärztIn

 Beschlagen Barhuf Hufschuhe

Welche Impfungen?

ZahnärztIn/DentistIn

Datum letzte Impfung

Datum letzte Zahnkontrolle

Datum letzte Wurmkur

Nutzungsart (Reiten/Fahren/Bodenarbeit etc)

Fütterung Heu Heulage Sonstiges

.....

.....

Trainingshäufigkeit pro Woche

Futtermenge (kg).....

Anzahl ReiterInnen

.....

Haltung Box Paddockbox Offenstall

Fütterungsintervall

 Sonstiges

.....

 in einer festen Herde alleine Sonstiges

Weidegang

.....

Welche Probleme bestehen momentan?

Bekommt das Pferd aktuell Medikamente? nein Bewegungsstörungen/Lahmheiten ja Schmerzzeichen/Empfindlichkeiten

Welche Probleme gab es in der Vorgeschichte (auch Unfälle, Operationen, Koliken etc.) ?

 Atemwegsprobleme

.....

 Verdauungs-/Stoffwechselstörungen

.....

 emotionale/psychische Auffälligkeiten

.....

 Sonstiges

.....

Details (ggf. Rückseite nutzen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....