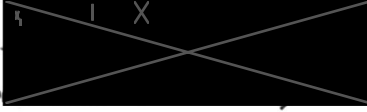




Erklärung des Verkäufers

*telefonisch durchgegangen;
nicht anwesend*

Verkäufer

Name  Tel./Fax _____ E-Mail _____
PLZ/O  Straße 

Pferd
Name Botanica Rasse Hamm Geschlecht Stute Alter 5

FEL/Equiden-Pass liegt bei

Lebensnummer DE 431 210085 520

Besitzdauer _____ Wochen 6 Monate 5 Jahre

Disziplin/Ausbildungsstand Hobby Dressur _____ Springen _____

Vielseitigkeit _____

andere _____

Derzeitige Nutzung Wettkampf Training Stallruhe Weidegang Zucht (Hengst/Stute)

War das Pferd vor der Untersuchung mindestens 1 Woche aufgestallt? ja nein

Medikation in den letzten 6 Wochen nein ja _____

Frühere Lahmheiten nein ja _____

Frühere sonstige Krankheiten nein ja _____

Frühere Operationen nein ja _____

Verhaltensauffälligkeiten nein ja _____

Stereotypien (Koppen, Weben etc.) nein ja _____

Allergien, Sommereizemen nein ja _____

Halftung Stall Weide Offenstall Stall und Weide

Fütterung Heu trocken nass Silage Hafer Pellets Müsli andere _____

Einstreu Stroh Sägespäne Torf andere _____

Letzter Beschlagn 6/25 Letzte Entwurmung _____

Impfungen Influenza Herpes Tetanus Tollwut andere _____

Die vorangegangenen Informationen gebe ich nach bestem Wissen. Ich erkläre mich im Übrigen ausdrücklich mit allen Eingriffen im Zusammenhang mit der Kaufuntersuchung einverstanden. Dies gilt ausdrücklich für die Entnahme einer Blutprobe zum labormedizinischen Medikationsnachweis, ggf. für eine Sedierung, eine Endoskopie der oberen Atemwege und für das Abnehmen der Hufeisen zur Röntgenuntersuchung der Strahlbeine.

Bei der Kaufuntersuchung werde ich als Auftraggeber persönlich nicht anwesend sein. Herr/Frau _____

aus _____ wird hiermit ermächtigt, in meiner Vertretung die Unterschriften zu leisten.

Ort Reisebüro Datum 28/6/25 Unterschrift _____

Lfd.Vertrags-Nr.: _____

Pferdepraxis Gut Moos, Benjamin Graveley
Moos 3/1 | 88069 Tettwang

B. Untersuchungsprotokoll

Auftraggeber

Käufer Verkäufer

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-mail _____

Tierarzt

Name B. Graveley

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-mail _____

Dritter gemäß §6 AGB

Käufer Verkäufer

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-mail _____

Ort und Tag der Untersuchung - city/date of examination

Deschweiler; 23/6/25

Anwesende Personen

Hr. F. J. Lennig
Dr. B. Graveley
Hr. A. Frank + Fr. C. Frank

Untersuchungsbedingungen

ausreichend nicht ausreichend

Untersuchungsauftrag

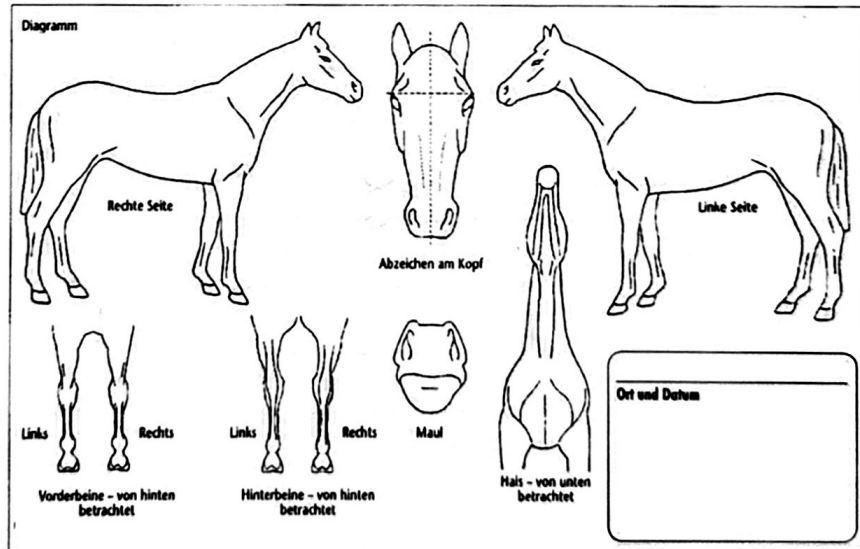
Klinische Kaufuntersuchung (I-IV) Endoskopie der oberen Atemwege Röntgenuntersuchung (Standard)

Ergänzende Röntgenaufnahmen Orzpin VL + VR

Ergänzende andere Untersuchungen

Signalement

entsprechend FEI / Equidenpass



Name: Botanica

Geschlecht: Stute

Zahnalter, ca.: 5 J.

Abzeichen, Kennzeichen: s-Pass

Rasse: Hann.

Farbe: Platte

Brand: _____

FEI-/ Equidenpass liegt vor

Lebensnummer DE 401310989420

Lfd. Vertrags-Nr.: _____

Pferdepraxis Gut Moos, Benjamin Graveley
Moos 3/1 | 88069 Tett nang

I. Allgemeinuntersuchung

General examination for abnormalities at rest

Pflegezustand: o. b. B. _____

Ernährungszustand: o. b. B. _____

Haut und Haarkleid: o. b. B. Ause \bar{B} kleine Verletzung, infektiös

auffällige Narben: nein ja Hb das. Probieren alt, ggf. geschwollen

Hauttumoren: nein ja _____

Körpertemperatur: 37,1 °C _____

Puls Qualität: o. b. B. _____

Ruhefrequenz: 40 /min. _____

Atmung: o. b. B. erschwertes Einatmen

Ruhefrequenz: 20 /min. erschwertes Ausatmen

Konjunktiven: o. b. B. _____

Mandibulärlymphknoten: o. b. B. _____

Jugularvenen: o. b. B. _____

Nasenausfluß: nein ja _____

Spontaner Husten: nein ja _____

II. Untersuchung in der Ruhe

Examination at rest

1. Nervensystem: o. b. B. _____
Anzeichen für Nervenlähmungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems

Augen: o. b. B. _____
Anzeichen einer Erkrankung von Konjunktiven, Hornhaut, vorderer Augenkammer, Iris, Linse, Glaskörper, Augenhintergrund und Adnexa

Verhalten: o. b. B. _____

2. Atmungssystem: o. b. B. _____
auslösbarer Husten: o. b. B. _____
Trachealaukultation: o. b. B. _____
Lungenauskultation: o. b. B. _____
nach Atemstimulierung: o. b. B. _____

3. Herz: o. b. B. _____

4. Maulhöhle, Gebiss: o. b. B. ggf. Klauen & Haken
Adspektion

5. Äuß. Geschlechtsorgane: o. b. B. _____
Adspektion und Palpation

6. Kot Beschaffenheit: o. b. B. _____

7. Blutprobe (Medikationsnachweis): sofortige Untersuchung 6-monatige Lagerung keine Untersuchung

Lfd. Vertrags-Nr.: _____

III. Untersuchung des Bewegungsapparates ;

Examination and palpation of all four legs and the back

1. Adspektion und Palpation des Rückens

o. b. B.

2. Adspektion und Palpation der Gliedmaßen

vo. li.: OSB

vo. re.: OSB

hi. li.: OSB

hi. re.: 5. Lenden, distale, distale IV dars. Rücken

3. Beschlag

Shoeing

o. b. B. 4x Sattel

4. Beurteilung im Schritt und Trab an der Hand- auf der Geraden- auf hartem Boden

Walk and trot in hands on hard ground, straight on

o. b. B.

5. Provokationsproben

Wendeschmerz

nein ja

Beugeproben der Gliedmaßen- Flexion test of all four legs

vo. li.: neg. pos.

hi. li.: neg. pos.

vo. re.: neg. pos.

hi. re.: neg. pos.

IV. Untersuchung von Herz, Atmungssystem und Bewegungsapparat unter Belastung

(Bewegung bis zum Eintritt intensiver Atmung)

Examination of heart, lungs and circulatory system was performed before, during and after work

longiert ausgebunden geritten freilaufend

1. Bewegungsstörungen

nein ja

2. Abnormes Atemgeräusch

nein inspiratorisch *gr.* expiratorisch

3. Atembeschwerden

nein ja

4. Husten, Nasenausfluß

nein ja

5. Auskultation

Herz

o. b. B.

Lunge

o. b. B.

6. Puls und Atemfrequenz nach Belastung im

Trab

Galopp

	Ruhefrequenz	sofort n. d. Belastung	nach <i>10</i> Minuten	nach <i>10</i> Minuten
Puls	40	100	44	
Atmung	12	80	16	

Lfd. Vertrags-Nr.: _____

V. Besondere Untersuchungen

1. Röntgenuntersuchung

X-ray

a) Standard

Zehe
Oxspring
both front legs

vo. li.:

2-3 Zehe Can. ses. distal
3-4 Zehe Can. ses. distal

vo. re.:

Zehe
(90°, Übersicht)

vo. li.:

distal joints on
all four legs
lateral view, 90°

vo. re.:

hi. li.:

hi. re.:

Sprunggelenk
(2 Ebenen: 45-70°
und 90-115°)

hi. li.:

Both hocks
two lateral obliques
90-115°

hi. re.:

Kniegelenk
(2 Ebenen, 115°
und 180°)

li.:

Stifle

re.:

M.U.

b) Zusätzliche Röntgenaufnahmen

Dornfortsätze (BWS/LWS)

Back

Strahlbein
(90° und tang.)

vo. li.:

vo. re.:

Hufgelenk
(Gehalten, 45 und
315°)

vo. li.:

vo. re.:

Fesselgelenk
(4 Ebenen, 0, 45,
90, 315°)

vo. li.:

vo. re.:

Sprunggelenk
(3. Ebene, 0°)

li.:

Hock

re.:

M.U.

c) Weitere Röntgenaufnahmen

Lfd. Vertrags-Nr.: _____

2. Endoskopische Untersuchungen des Kehlkopfes und der oberen Luftwege:

Zugang über beide Nasenlöcher und Darstellung des Rachenraumes, Kehlkopfes, der Luftröhre (Trachea), der Lungenaufgabelung mit dem Septum und Einblick in die Hauptbronchien.

Laryngoscopy and bronchoscopy

3. Laboruntersuchungen

4. Rektale Untersuchung

Rectal examination

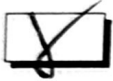
5. Sonstige Untersuchungen

z.B. Allergietest, spez. Hauterkrankungen

o. b. B.

o. b. B.

C. Bewertung der Untersuchungsergebnisse



Bei der heutigen Untersuchung konnten Anhaltspunkte für das Vorliegen erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht festgestellt werden. Koppen kann ambulant nicht untersucht werden.

By the examination today we cannot find any signs for major defects
Crib-biters cannot be examined as ambulatory cases.

Zusammenfassende Bewertung

Es wurde für die Möglichkeit einer Ultraschalluntersuchung gesprochen.

Der Auftraggeber bestätigt, daß die allgemeinen Vertragsbedingungen Inhalt des Untersuchungsauftrages sind und dass er über die sich aus den erhobenen Befunden möglicherweise ergebenden Risiken umfassend aufgeklärt wurde. Der Unterzeichner erklärt, vom Auftraggeber zur Abgabe aller im Zusammenhang mit der Untersuchung erforderlichen Erklärungen bevollmächtigt zu sein und bestätigt die Festlegung des Wertes/Kaufpreis des Pferdes gemäß der Vertragsbestimmungen.

Dagbweiler, den 23/6/25

(Ort, Datum)

(Auftraggeber bzw. Bevollmächtigter)

(Tierarzt)

(Anwesende Person)

Lfd.Vertrags-Nr.: _____

Pferdepraxis Gut Moos, Benjamin Graveley
Moos 3/1 | 88069 Tettang