



Tierärztliches Gesundheitszeugnis

Der Wurf muss zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens 8 Wochen alt sein!
Entwurmung & Impfung mindestens gegen Katzenschnupfen und Katzenseuche beachten!

Zutreffendes ist anzukreuzen!

Name und Anschrift des Tierhalters:

Name und Vorname _____	
Straße und Nr.: _____	PLZ und Ort: _____
Telefon/Fax: _____	Mitglieds-Nr.: _____
bei Verein.: _____	

(vom Züchter auszufüllen)

Angaben zur Mutterkatze:

Name: _____	
Rasse: _____	Farbe: _____
Geb. am: _____	Zuchtbuch-Nr.: _____
Chip-Nr.: _____	
Gechipt am: _____	Seite: _____

(vom Züchter auszufüllen)

Angaben zum Deckkater:

Name: _____	
Rasse: _____	Farbe: _____
Geb. am: _____	Zuchtbuch-Nr.: _____
Chip-Nr.: _____	
Gechipt am: _____	Seite: _____

(vom Züchter auszufüllen)

Jungtiere:

Name:	Farbe:	Chip-Nr.:	Seite:

Ich bestätige durch meine Unterschrift ausdrücklich, dass alle auf diesem Formular aufgeführten Katzen/Kater von mir bereits

entwurmt wurden

mehrfach entwurmt wurden.

.....
Ort & Datum

.....
Unterschrift des Züchters

Ich bestätige durch meine Unterschrift ausdrücklich, dass die auf diesem Formular aufgeführten Elterntiere und deren Daten korrekt sind!

Gesundheits-Untersuchung *(vom Tierarzt auszufüllen)*

Der Wurf:

Anzahl der Jungtiere: geboren am :

Geschlecht: männlich weiblich

Der vorbenannte Wurf wurde von mir eingehend untersucht und ich bin dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen:

Hautkrankheiten? Ja Nein

Wenn ja welche?

Wurde ein Parasitenbefall festgestellt? Ja Nein

Wenn ja welche?

Sind (*äußere*) Verletzungen vorhanden oder ersichtlich? Ja Nein

Wenn ja welche?

Sind beide Augen in einem normalen und gesunden Zustand? Ja Nein

Ist das Herz in einen normalen und gesunden Zustand? Ja Nein

Ist eine Schwanz-Anomalie vorhanden? (*Knickschwanz o.ä.*) Ja Nein

Ist eine Polydaktylie vorhanden? (*Vielzehigkeit*) Ja Nein

Wenn ja genauer?

Ist eine Brustkorb-Anomalie vorhanden? (*FCK bzw. Pectus excavatum*) Ja Nein

Ist eine Gebissfehlstellung vorhanden? (*Kreuzbiss o.ä.*) Ja Nein

Wenn ja welche?

Ist der Nabel in einem normalen Zustand? (*kein Nabelbruch o.ä.*) Ja Nein

Ist eine Gelenkanomalie vorhanden? (*eingeschränkte Bewegungsfreiheit*) Ja Nein

Können Anomalien am Genital oder Milchleiste festgestellt werden? Ja Nein

Wenn ja welche?

Sonstige Erkrankungs- oder Infektionsanzeichen? Ja Nein

Wenn ja welche?

Ergänzungen und Sonstiges:

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

Hiermit bestätige ich, dass der o.g. Wurf mit den Namen:

.....

von mir untersucht worden ist. Das Tier zeigt zum jetzigen Zeitpunkt keine Anzeichen einer auf Tier und/oder Mensch übertragbaren Krankheit. Auch der Verdacht einer auf Tier und/oder Mensch übertragbaren Krankheit liegt zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

.....
Ort, Datum der Untersuchung

.....
Unterschrift Tierarzt

Praxisstempel