



Tierärztliche Untersuchung

| | |
|---|---|
| Name des Pferdes: | |
| Besitzer: | |
| Adresse: | |
| Fon: | |
| E-Mail: | |
| Allgemeinzustand | |
| Haarkleid, Temperament: | |
| Herz in Ruhe: | |
| Herz nach Belastung: | |
| Lunge in Ruhe: | |
| Lunge nach Belastung: | |
| Augen: | |
| Gebiss: | |
| Beine, Sehnen, Gelenke: | |
| Hufe, Beschläge, Zangenprobe: | |
| Brettprobe: | v li v re |
| Schritt: | |
| Trab: | |
| Beugeproben: | v li v re h li h re |
| Arbeit an der Longe: | |
| Röntgenuntersuchung: | |
| Weitere Untersuchungen: | |
| Weitere Befunde, Trächtigkeit: | |
| Haltung des Pferdes | |
| Sind Vorbehalte zur Aufnahme in die Versicherung vorzunehmen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche: | |

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben und akzeptiere die Statuten und die allgemeinen Versicherungsbedingungen der St. Gallischen Pferdeversicherungs- Genossenschaft.

Ort:

Datum:

Unterschrift Besitzer:

Unterschrift Tierarzt:

Stempel/ Adresse Tierarzt:

Vollständig ausgefülltes Formular an Geschäftsstelle einsenden. Alle Angaben werden durch die Versicherung streng vertraulich behandelt. Die St. Gallische Pferdeversicherungs- Genossenschaft behält sich in jedem Falle vor, die Aufnahme des Pferdes in die Versicherung abzulehnen.