

Besitzer Name: Tel:
Straße: Handy:
PLZ, Ort: E-Mail:

Pferd Name: Geb.-Datum:
Rasse: Geschlecht:
Stallname:

Verwendungszweck

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Springen | <input type="checkbox"/> Dressur | <input type="checkbox"/> Vielseitigkeit | <input type="checkbox"/> Distanz | <input type="checkbox"/> Western |
| <input type="checkbox"/> Fahren | <input type="checkbox"/> Freizeit | <input type="checkbox"/> Voltigieren | <input type="checkbox"/> Traber | <input type="checkbox"/> Galopper |
| <input type="checkbox"/> Vereinspferd | <input type="checkbox"/> Therapiepferd | <input type="checkbox"/> Polo | <input type="checkbox"/> Rente | |

Haltung

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Boxenhaltung | <input type="checkbox"/> Weidegang | <input type="checkbox"/> Auslauf/Paddock | <input type="checkbox"/> Aktivstall | |
| <input type="checkbox"/> Gruppenhaltung | <input type="checkbox"/> Stroheinstreu | <input type="checkbox"/> Späne | <input type="checkbox"/> Torf | <input type="checkbox"/> Papier |

Wie oft wird das Pferd gefüttert? 2 x täglich 3 x täglich 4 x täglich
Welche Tagesration erhält das Pferd?
____ kg Heu ____ kg Hafer
____ kg Heulage ____ kg Gerste
____ kg Silage ____ kg Müsli
 Mineralfutter ____ kg Mais
____ kg Mash ____ kg Rübenschnitzel
____ kg Möhren/Äpfel/Brot/Leckerli

Futterergänzungsmittel

Medikamente

Wer ist Haustierarzt?Tel.....

Hufschmied/-pfleger?Tel.....

Zahnbehandler?Tel.....

Sattler?Tel.....

Physiotherapeut?Tel.....

Trainer/Reitlehrer?Tel.....

Training

Wie oft wird das Pferd in der Woche (wie viele Stunden / an wie vielen Tagen)

_____ geritten _____ gefahren _____ longiert _____ gesprungen _____ voltigiert?

Welche Probleme hat das Pferd aus Ihrer Sicht/Sicht des Trainers?

.....

.....

.....

Wehrt sich das Pferd gegen Hand und/oder Schenkel des Reiters?

Ist die Biegung und Stellung auf beiden Seiten gleich?

Sind Rahmenerweiterung und Raumgriff zufriedenstellend?

Ist die Hinterhandaktion ein- oder beidseitig eingeschränkt?

Gibt es Probleme beim Durchparieren und Rückwärtsrichten?

Gibt es Probleme in der Volte, Traversale, Pirouette (re/li)?

Gibt es Probleme beim fliegenden Galoppwechsel?

Zeigt das Pferd ein- oder beidseitige Hinter- oder Vorhandlahmheiten?

Zeigt das Pferd intermittierende Hinter- oder Vorhandlahmheiten?

Zeigt das Pferd Taktunreinheiten?

Zeigt das Pferd Hahnenritte/Shivering?

Zeigt das Pferd Probleme beim Springen (verweigern, pullen)?

Springt es mit festem, durchgedrücktem Rücken?

Sind Fluss und Taxiervermögen zufriedenstellend?

Zeigt das Pferd Symptome wie Kopfschütteln (Head shaking)?

Zeigt das Pferd Symptome wie Schweifschlagen?

Verwirft es sich im Genick?

Kaut das Pferd?

Knirscht das Pferd mit den Zähnen?

Hat es ein- oder beidseitigen Nasen- oder/und Augenausfluss?

Hat es geschwollene Ganaschen?

Neigt es zum Schwitzen, auch lokal?

Beginn und Dauer der Symptome:

Verhaltensauffälligkeiten beim Putzen, Satteln, Gurten, Aufsitzen oder Aufheben der Gliedmaßen:

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

Äußerungen von Rückenempfindlichkeit:

.....

Welche Erkrankungen, Stürze oder Unfälle sind bekannt?

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

Bisher durchgeführte Behandlungen:

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

Welche Befunde wie Röntgen, CT, MRI, Ultraschall, Szintigrafie, etc liegen vor?

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