



Pferdeklinik Großostheim

Tierärzte PartGmbH

Christian A. Bingold

Dr. med. vet., FTÄ für Pferde

Michael Berens

Dr. med. vet.

Kathrin Rödiger

Dr. med. vet., FTÄ für Pferde

Anke Wilhelm

Prakt. Tierärztin

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Wir freuen uns, dass Sie ein Pferd durch die Pferdeklinik Großostheim im Rahmen einer Kaufuntersuchung untersuchen lassen möchten.

Für einen reibungslosen Ablauf der Untersuchung ist es für uns hilfreich, wenn wir im Vorfeld der Untersuchung von Ihnen einige Angaben erhalten. Wir bitten Sie hierzu die entsprechenden Vordrucke oder PDF-Formulare, die wir Ihnen zur Verfügung stellen, möglichst vollständig auszufüllen. Das Formular über die **Allgemeinen Angaben** bitten wir in jedem Fall ausgefüllt an uns zurück zu senden.

Anwesenheit des Auftraggebers

Wenn Sie als Auftraggeber **nicht** anwesend sind, benötigen wir eine unterzeichnete **Vollmacht**. Die unterzeichnete Vollmacht muss im Original zur Untersuchung mitgebracht werden bzw. bei uns vorliegen.

Anwesenheit des Verkäufers

Wenn der Verkäufer bei der Untersuchung **nicht** anwesend ist, sollten Sie veranlassen, dass das Formular über den **Vorbericht des Pferdes** bis zur Untersuchung bei uns vorliegt oder zur Untersuchung mitgebracht wird. Wenn der Verkäufer bei der Untersuchung anwesend ist, können die Angaben auch während der Untersuchung gemacht werden.

Der Umfang der Untersuchung

Für organisatorische Zwecke ist es hilfreich, wenn wir vorab Informationen über den voraussichtlich gewünschten Umfang der Untersuchung von Ihnen erhalten. Je nach Sachlage wird der Untersuchungsumfang während der Untersuchung an die aktuellen Erfordernisse angepasst. Hilfestellung zur Ermittlung des Untersuchungsumfanges bietet unser Merkblatt zur Kaufuntersuchung (Sofern Ihnen dieses nicht vorliegt bitte in der Klinik nachfragen bzw. auf unserer Webseite www.AKU.pferdeklinik-grossostheim.de herunterladen).

Die ausgefüllten Formulare können Sie uns auf folgendem Weg übermitteln:

1. Per Fax unter der Nummer: 06026 999 7833
2. Als eingescanntes Dokument per E-Mail an: mail@pferdeklinik-grossostheim.de
3. Per Post an: Pferdeklinik Großostheim, Wendelinusweg 53, 63762 Großostheim

Mit bestem Dank
Ihre Tierärzte der Pferdeklinik Großostheim



Tierärzte PartGmbH
 Christian A. Bingold
 Dr. med. vet., FTA für Pferde
 Michael Berens
 Dr. med. vet.
 Kathrin Rödiger
 Dr. med. vet., FTA für Pferde
 Anke Wilhelm
 Prakt. Tierärztin

Allgemeine Angaben für Kaufuntersuchung

Auftraggeber der Untersuchung: Ich bin Käufer Verkäufer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax / email: _____

Anwesenheit: ich bin persönlich bei der Untersuchung anwesend
 ich bin nicht persönlich bei der Untersuchung anwesend

O Käufer / O Verkäufer :

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax / email: _____

Angaben zum Pferd:

Name: _____ Rasse: _____ Farbe: _____

Alter: _____ Stute Wallach Hengst Lebensnummer: _____

Voraussichtlicher Umfang der Untersuchung:

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| I. Allgemeine Untersuchung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | VII. Sonografische Untersuchung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| II. Untersuchung Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | VIII. Endoskopie der Atemwege | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| III. Funktionsprüfung Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | IX. Eingehende Augenuntersuchung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| IV. Beugeprobe | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | X. Eingehende Unters. des Gebisses | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| V. Untersuchung unter Belastung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | XI. Laboruntersuchung (Hämatologie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| VI. Röntgenologische Untersuchung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | XII. Dopingprobe Einfrieren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | Untersuchen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Röntgenuntersuchung mit folgende Aufnahmen Standard 18 Bilder gem. Röntgenleitfaden

Davon abweichend Vorne: Hufgelenk Fesselgelenk Oxspring Skyline Dornfortsätze Rücken Halswirbelsäule
Hinten: Zehe seitlich Sprunggelenk 0° ca. 45° ca. 110° Kniegelenk 90° 0°

Weitere Aufnahmen _____

Hufeisen für Röntgen Oxspring/Skyline abnehmen ja nein Befundung von Fremdröntgen ja nein

XIII. Sonstige Untersuchungen _____

Der endgültige Untersuchungsauftrag und Umfang der Untersuchung wird im Untersuchungsvertrag festgelegt bzw. in Auftrag gegeben.



Pferdeklinik Großostheim

Tierärzte PartGmbH

Christian A. Bingold

Dr. med. vet., FTÄ für Pferde

Michael Berens

Dr. med. vet.

Kathrin Rödiger

Dr. med. vet., FTÄ für Pferde

Anke Wilhelm

Prakt. Tierärztin

Vollmacht

Bitte ausfüllen, falls Sie als Auftraggeber nicht persönlich bei der Kaufuntersuchung mit anwesend sein können und sich vertreten lassen.

Ich, _____ erteile als Auftraggeber für die Kaufuntersuchung bei
Vor- und Nachname

dem Pferd _____, Rasse _____, Farbe _____, Alter _____

folgender Person: _____
Vor- und Nachname

die Vollmacht, mich bei der Untersuchung zu vertreten, den Untersuchungsauftrag zu definieren, den Wert des Pferdes anzugeben, die Haftungsbegrenzung zu akzeptieren und sich die Ergebnisse erläutern zu lassen sowie schriftlich zu bestätigen. Ich bestätige die anfallenden Kosten für die Kaufuntersuchung zu tragen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Bitte unbedingt das Original der Vollmacht mit Unterschrift zur Untersuchung mitbringen lassen!



Tierärzte PartGmbH
Christian A. Bingold
Dr. med. vet., FTÄ für Pferde
Michael Berens
Dr. med. vet.
Kathrin Rödiger
Dr. med. vet., FTÄ für Pferde
Anke Wilhelm
Prakt. Tierärztin

Vorbericht für Kaufuntersuchung

Erklärung des Verkäufers oder Bevollmächtigten

(sofern bei Untersuchung nicht anwesend bitte im Vorfeld ausfüllen und mitbringen oder an Pferdeklinik übermitteln lassen)

Name: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Pferdename _____, Rasse _____, Farbe _____, Alter _____

Besitzdauer _____ Wochen _____ Monate _____ Jahre

Vorführung bei einer Kaufuntersuchung innerhalb der letzten 12 Wochen: O ja Ergebnis: _____ O nein O unbekannt

Bisherige Haltung: O Stall O Weide O Offenstall O Stall und Weide

Bisherige Fütterung O Heu trocken O Heu nass O Silage O Hafer O Pellets _____

Bisherige Einstreu O Stroh O Sägespäne O Papier O Torf O Hanf _____

Nutzung in letzten 6 Wochen: O Sport O Training O Stallruhe O Weidegang O Zucht

Ausbildungs-/ Trainingszustand:

<input type="checkbox"/> nicht angeritten	<input type="checkbox"/> angeritten	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> Springen	<input type="checkbox"/> Dressur	<input type="checkbox"/> Vielseitigkeit	<input type="checkbox"/> Distanz		
<input type="checkbox"/> Zucht	<input type="checkbox"/> Voltigieren	<input type="checkbox"/> Polo	<input type="checkbox"/> Western	<input type="checkbox"/> Vollblutrennen	<input type="checkbox"/> Trabrennen	
<input type="checkbox"/> im Volltraining	<input type="checkbox"/> regelmäßige Arbeit unter Reiter	<input type="checkbox"/> wenig Arbeit	<input type="checkbox"/> nur longiert	<input type="checkbox"/> kein Training		

Medikation in den letzten 6 Wochen: O nein O ja _____

Frühere Lahmheiten: O nein O ja _____

Frühere sonstige Krankheiten: O nein O ja _____

Frühere Operationen: O nein O ja _____

Stereotypien (Koppen, Weben,...): O nein O ja _____

Allergien, Sommereczem,...: O nein O ja _____

Verhaltensauffälligkeiten: O nein O ja _____

Impfungen: O regelmäßig O Tetanus O Influenza O Herpes O Tollwut Letzte Wurmkur: _____

Hiermit erkläre ich nach besten Wissen und Gewissen, dass die vorangegangenen Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mit allen Eingriffen im Zusammenhang mit der Kaufuntersuchung erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Dies gilt auch für die Entnahme einer Blutprobe zur „Doping-Untersuchung“, ggf. für eine Sedierung, eine endoskopische Untersuchung und für das Abnehmen der Hufeisen. Als bisheriger Halter/Beauftragter erkläre ich weiter:

- Die Pferdeklinik Großostheim war mit einer Vorbehandlung des Pferdes nicht betraut
- Ein Tierarzt der Pferdeklinik Großostheim hat das Pferd bereits vor der Kaufuntersuchung behandelt.
- Ich entbinde die Pferdeklinik Großostheim diesbezüglich von ihrer tierärztlichen Schweigepflicht.

Anwesenheit: O Bei der Kaufuntersuchung werde ich als Verkäufer persönlich anwesend sein.
O Herr/Frau _____ wird hiermit ermächtigt, in meiner Vertretung die Unterschriften zu leisten.

Unterschreibender ist: O Eigentümer O Verkäufer O Bevollmächtigter

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____