



Allgemeines (Vom Züchter/ Von der Züchterin auszufüllen)

Tierarzt-Termin am: _____

Hündin/(Mutter): _____ SHSB Nr. _____

Rüde / (Vater): _____ SHSB Nr. _____

Name des Welpen: _____

Rüde: Hündin:

Geboren am: _____ Farbe: _____ Farbfehler: _____

Geb. Gewicht: _____

Entwurm am: _____ Mikrochip-Nr.: _____

Züchter/in : _____

Gesundheitsuntersuchung (Vom Tierarzt/ Von der Tierärztin auszufüllen)

Gebiss: Schere: Vorbiss:
Zange: Rückbiss:

Aktuelles Gewicht: _____

Nabelbruch: Ja Nein _____

Hoden:
Beide vorhanden: einseitig: L R in der Leiste

Fontanelle : Ja Nein _____

Herzgeräusch : Ja Nein _____

Sonstige Beanstandungen:

Bemerkungen :

Unterschrift, Datum & Stempel des Tierarztes: _____

(1 Blatt pro Welpen)