

# Untersuchungsbogen Belastungstest (für kurzschnäuzige Hunderassen)



Verband für das  
Deutsche Hundewesen

Durchführender Verein:

Datum:

Ort:

Außentemperatur:

## Angaben zum Eigentümer:

Name, Vorname:

Anschrift:

## Angaben zum untersuchten Hund:

|   |                                   |  |  |
|---|-----------------------------------|--|--|
| Rasse:  | Wurfdatum:                        | Gewicht:   |  |
| <input type="checkbox"/> Männlich   | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Erstkontrolle                     | <input type="checkbox"/> Nachkontrolle |
| Name des Hundes:  |                                   |  |  |
| ZB-Nr.:   |                                   | ID-Code:   |  |
| Vorbericht<br>Bisher durchgeführte Operationen?<br>Allergien bekannt?<br>Sonstige Erkrankungen? |                                   |  |  |
| Bisherige Zuchtverwendung?<br><input type="checkbox"/> Nein                                     | Zuchtrüde:<br>Zuchthündin:        | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja | Zahl der Deckakte:<br>Zahl der Würfe:  |

## Klinische Untersuchung

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Kondition:  | <input type="checkbox"/> Gut   | <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend  | <input type="checkbox"/> Keine Zuchtcondition |
| Verdacht auf Systemerkrankung:  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |   |
| Verdacht auf vererbte Defekte:  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |   |
| Herz-/Kreislaufsystem-<br>Erkrankung?   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |   |
| Herzfrequenz in Ruhe:   | Nach Belastung:  | Nach Erholung:<br>5min.:                      10 min.:                      > 15 min.:                                      |   |
| Atemfrequenz in Ruhe:   | Nach Belastung:  | Nach Erholung:<br>5min.:                      10 min.:                      > 15 min.:                                      |   |
| Atmungsstrakt-Beschwerden:  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |   |
| Auffälligkeiten an Nasenöffnungen,<br>Zunge, Atemwegen:   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |   |
| Atemgeräusche in Ruhe:<br><input type="checkbox"/> Ruhig, unauffällig<br><input type="checkbox"/> Röchelnd / giemend<br><input type="checkbox"/> Hechelnd<br><input type="checkbox"/> Atemnot | Nach Belastung:<br><input type="checkbox"/> Ruhig, unauffällig<br><input type="checkbox"/> Üblich hechelnd<br><input type="checkbox"/> Laut röchelnd<br><input type="checkbox"/> Giemend<br><input type="checkbox"/> Atemnot | Erholung nach:<br><input type="checkbox"/> 5 Min.<br><input type="checkbox"/> 10 Min.<br><input type="checkbox"/> > 15 Min. |   |

Dopingkontrolle durchgeführt:  Ja  Nein

Bemerkungen:

Belastungstest bestanden:

Ja  Nein

Unterschrift Tierarzt / Stempel