

# 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 Bisher durchgeführte Operationen? Allergien bekannt? Sonstige Erkrankungen?			
Bisherige Zuchtverwendung? <input type="checkbox"/> Nein	Zuchtrüde: Zuchthündin:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	Zahl der Deckakte: 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- Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Herzfrequenz in Ruhe:	Nach Belastung:	Nach Erholung: 5min.:                      10 min.:                      > 15 min.:	
Atemfrequenz in Ruhe:	Nach Belastung:	Nach Erholung: 5min.:                      10 min.:                      > 15 min.:	
Atmungstrakt-Beschwerden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Auffälligkeiten an Nasenöffnungen, Zunge, Atemwegen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Atemgeräusche in Ruhe: <input type="checkbox"/> Ruhig, unauffällig <input type="checkbox"/> Röchelnd / giemend <input type="checkbox"/> Hechelnd <input type="checkbox"/> Atemnot	Nach Belastung: <input type="checkbox"/> Ruhig, unauffällig <input type="checkbox"/> Üblich hechelnd <input type="checkbox"/> Laut röchelnd <input type="checkbox"/> Giemend <input type="checkbox"/> Atemnot	Erholung nach: <input type="checkbox"/> 5 Min. <input type="checkbox"/> 10 Min. <input type="checkbox"/> > 15 Min.	

Dopingkontrolle durchgeführt:  Ja  Nein

Bemerkungen:

Belastungstest bestanden:

Ja  Nein

Unterschrift Tierarzt / Stempel