

## Bestätigung / Confirmation

### Abstammung / Pedigree

Vater / sire: \_\_\_\_\_ Muttervater / damsire: \_\_\_\_\_

Besitzer / owner: \_\_\_\_\_

Lebensnummer / UELN: \_\_\_\_\_

Farbe / Color: \_\_\_\_\_

Der/die Eigentümer bestätigt/bestätigen, dass der Hengst keine Anzeichen von Weben und Koppen zeigt. / *The owner confirms that the stallion shows no signs of weaving or crib biting/wind sucking.*

**An dem Pferd wurden seit Geburt durchgeführt** (OP-Bericht und ggfs. Röntgenbilder beilegen) / **The horse has undergone surgery since birth** (enclose surgery report and X-rays, if applicable):

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| Arthroskopie/Chip-OP /<br><i>Arthroscopy (chip-surgery)</i>   | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja, bitte Angabe der operierten Gelenke und Röntgenbilder vor OP & OP-Bericht beilegen /<br><i>Yes, please attach details of joints operated on and X-rays taken before surgery &amp; surgery report</i> |
| Nabelbruchkorrektur, Nabelbruch-OP /<br><i>umbilical hernia correction, umbilical hernia surgery</i>  | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| Kolik-OP /<br><i>colic-surgery</i>  | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| Schweif-Korrektur /<br><i>tail-correction</i>   | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| Kopper-OP /<br><i>crib biting/wind sucking surgery</i>  | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| Kehlkopfpeifer-OP (Ton-OP) /<br><i>roaring surgery</i>  | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| Korrektur Bockhuf, Sehnenstelfuss, sonstige Fehlstellungen /<br><i>correction contracted hoof, flexural deformities, other deformities</i>  | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| OP zu equiner rezidivierenden Uveitis (periodischer Augenentzündung) /<br><i>Surgery for equine recurrent uveitis (periodic ocular inflammation)</i>  | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| Sonstige Eingriffe / <i>other surgeries:</i>  |                                    |   |
| Der Hengst hatte eindeutige klinische Anzeichen von Sommerkezem /<br><i>The stallion had clear clinical signs of sweet itch</i>   | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |
| Dem Hengst ist auf Grund veterinärmedizinischer Befunde in der Vergangenheit bereits die Zulassung zu einer Körung/Auktion verweigert worden /<br><i>The stallion has already been denied admission to a licensing/auction in the past due to veterinary findings</i> | <input type="checkbox"/> nein / no | <input type="checkbox"/> ja / yes   |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / place, date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Besitzers / signature of owner