

tierärztliche Wurfabnahme für den ÖKWZR am _____ Zuchtstätte _____ Rasse _____

Mutterhündin _____ Ernährungszustand _____ Kaiserschnitt **O** ja/**O** nein

Welpen Rüden ___/ Hündinnen ___ (tot ___/ ___) Ernährungszustand _____ Alter in Wochen _____

entwurmt am _____ mit _____, geimpft am _____ mit _____

R/H	Name	Farbe	Chip	dz. festgest. Mängel (Hoden, Ankylose, Nabel, Gebiss, Rute, Gaumen)

Die Wurfabnahme wurde von einem Tierarzt durchgeführt & dient nicht zur Bestätigung der Rassereinheit. Die Kosten übernimmt ZüchterIn.

Für die Richtigkeit der Angaben zeichnen: **ZüchterIn** _____ & **der Tierarzt mit Stempel** _____

Der Züchter/Die Züchterin legt das mit Namen und Chipnummer ausgefüllte Formular dem Tierarzt vor.