



## Edelkatzenclub Stollberg & Umgebung e.V.

Gemeinnütziger Verein für Katzenzucht und -haltung in Sachsen

Geschäftsstelle: 09661 Hainichen, Weststr. 39d

Tel.: 037 207 – 52602

Fax: 037 207 – 52 631

Bankverbindung: Erzgebirgssparkasse

IBAN: DE22870540003721004549;

BIC: WELADED1STB;

## Tierärztliches Gesundheitszeugnis

Sehr geehrter Tierarzt, der Wurf muss zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens 8 Wochen und darf maximal 12 Wochen alt sein! Entwurmung & Impfung mind. Gegen Katzenschnupfen und Katzenseuche beachten!

### Dieser Teil ist vom Züchter auszufüllen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_  
Zwingername: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Mutterkatze:

Name: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_  
Rasse: \_\_\_\_\_ Zuchtbuch-Nr.: \_\_\_\_\_  
Farbe: \_\_\_\_\_ Augenfarbe: \_\_\_\_\_

### Deckkater:

Name: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_  
Rasse: \_\_\_\_\_ Zuchtbuch-Nr.: \_\_\_\_\_  
Farbe: \_\_\_\_\_ Augenfarbe: \_\_\_\_\_

Ich bestätige durch meine Unterschrift ausdrücklich, dass alle auf diesem Formular aufgeführten, in meinem Besitz befindlichen Katzen/Kater von mir bereits  entwurmt wurden  mehrfach entwurmt wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort & Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Züchters

### Dieser Teil und Seite 2 sind vom Tierarzt auszufüllen:

#### Der Wurf:

Anzahl der Jungtiere: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ männlich / \_\_\_\_\_ weiblich

Fell-Länge: \_\_\_\_\_ Langhaar/Halblanghaar / \_\_\_\_\_ Kurzhaar / \_\_\_\_\_ unklar

Diese unten folgend aufgeführten Missbildungen/ Krankheitsanzeichen müssen vom Züchter beim Beantragen der Ahnentafel des betreffenden Tieres angegeben werden!

keines der untersuchten Jungtiere zeigt Anzeichen von Missbildungen/ krankhaften Veränderungen/ sonstigen Veränderungen

eines oder mehrere der untersuchten Jungtiere zeigt Anzeichen von Missbildungen/ krankhaften Veränderungen/ sonstige Veränderungen

Hierzu zählen z.B. auch ein Nabelbruch oder Veränderungen, die den Zuchteinsatz beeinträchtigen könnten. (bitte Anzahl und Namen der betroffenen Jungtiere aufführen, bitte die Veränderungen aufführen):

\_\_\_\_\_ Skelett? \_\_\_\_\_

Anzahl

\_\_\_\_\_ Sinnesorgane? \_\_\_\_\_

Anzahl

\_\_\_\_\_ Gebiss? \_\_\_\_\_

Anzahl

\_\_\_\_\_ Allgemeine Entwicklung? \_\_\_\_\_

Anzahl

\_\_\_\_\_ Sonstige? \_\_\_\_\_

Anzahl

andere im folgenden genannte Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es ist mind. ein weißes Jungtier im Wurf vorhanden (Anzahl der weißen Jungtiere? \_\_\_\_\_ )

Zu beachten: Weiße Jungtiere haben oft noch kleine Farbflecken auf dem Kopf, die im Verlauf der Entwicklung erst verschwinden!

Bei der Untersuchung der weißen Jungtiere auf Hörfähigkeit

konnten keine Beeinträchtigungen des Gehörs festgestellt werden.

wurden Beeinträchtigungen des Gehöres festgestellt /bei \_\_\_\_\_ Jungtieren.

Platz für sonstige Hinweise des Tierarztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift ausdrücklich, dass alle auf diesem Untersuchungsformular aufgeführten Katzen/Kater am heutigen Tag von mir untersucht wurden.**

**Außerdem bestätige ich, dass alle diese Jungtiere zum Zeitpunkt dieser Untersuchung von mir bereits (mindestens einmal) geimpft wurden.**

1x ODER  2x gegen: Katzenschnupfen /Katzenseuche /.....

Ort & Datum

Stempel & Unterschrift des untersuchenden Tierarztes



