



Dalmatiner Verein Deutschland e.V.

Angaben über den Wurf: Zwingername: _____

Wurf: _____ Wurfdatum: _____ Wurfstärke: ____ / ____ bei Abnahme: ____ / ____

Angaben zum Züchter: Name: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bestätigung des Züchters: Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben über den Wurf. Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis dem Zuchtverein bekannt gegeben wird:

Datum, Unterschrift: _____

Angaben zum Tierarzt: Name: _____

Sedierung: _____ Sedationsmittel _____

Lautstärke: (max. 80dB nHL / 110 dB SPL) _____

Welpen	Chipnummer	linkes Ohr		rechtes Ohr	
		hörend	<input type="checkbox"/>	hörend	<input type="checkbox"/>
		taub	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>
		hörend	<input type="checkbox"/>	hörend	<input type="checkbox"/>
		taub	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>
		hörend	<input type="checkbox"/>	hörend	<input type="checkbox"/>
		taub	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>
		hörend	<input type="checkbox"/>	hörend	<input type="checkbox"/>
		taub	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>
		hörend	<input type="checkbox"/>	hörend	<input type="checkbox"/>
		taub	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>
		hörend	<input type="checkbox"/>	hörend	<input type="checkbox"/>
		taub	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>

Bestätigung des Tierarztes: Ich bestätige die Identität der Welpen überprüft zu haben.

Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift

Bei weiteren Welpen zweites Formular verwenden...!