

Tierarzt (Name, Anschrift in Druckschrift, Stempel)

An den Österreichischen Islandpferdezuchtverband
ÖIZV
Hengstreferat
Römerweg 24
9241 Wernberg

Betrifft: BESTÄTIGUNG DER ZUCHTTAUGLICHKEIT

Bei der Untersuchung des Islandhengstes

Pferdenname:

Farbe/Abzeichen:

Besondere Merkmale:MicroChip;

Geburtsdatum: FEIF-IDNr.:

Vater: Mutter:

Züchter (Name Adresse):

Besitzer (Name, Adresse):

habe ich festgestellt: *) Nicht Zutreffendes bitte streichen!
Feststellungen; Bemerkungen:

Beide Hoden nicht *) im Skrotum

Keine *) Veränderungen am Penis

Keine *) groben Mängel wider die Gebrauchsfähigkeit

Die Zuchttauglichkeit / der Einsatz als Zuchthengst erscheint aus tierärztlicher Sicht somit nicht *) gegeben.

Ort/Datum: Unterschrift: