

Untersuchungsbogen Belastungstest (für brachycephale/ kurzschnäuzige Hunderassen)



Verband für das
Deutsche Hundewesen

Durchführender Verein: _____

Datum: _____

Ort: _____

Außentemperatur: _____

Angaben zum Eigentümer:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Angaben zum untersuchten Hund:

Rasse:	Wurfdatum:	Gewicht:
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Erstkontrolle <input type="checkbox"/> Nachkontrolle	
Name des Hundes:		
ZB-Nr.:	ID-Code:	
Vorbericht Bisher durchgeführte Operationen ? Allergien bekannt? Sonstige Erkrankungen?		
Bisherige Zuchtverwendung? <input type="checkbox"/> Nein	Zuchtrüde: <input type="checkbox"/> ja Zuchthündin: <input type="checkbox"/> ja	Zahl der Deckakte: Zahl der Würfe:

Klinische Untersuchung:

Kondition:	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> Keine Zuchtkondition
Verdacht auf Systemerkrankung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Verdacht auf vererbte Defekte:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Herz-/Kreislaufsystem-Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Der folgende Belastungs-/Fitnessstest wurde durchgeführt: <input type="checkbox"/> Standardisierter submaximaler Fitnessstest (LAUFBANDTEST) <input type="checkbox"/> Anderer Belastungstest: Bezeichnung: Standardisierung durch:			
Herzfrequenz in Ruhe:	Nach Belastung:	Nach Erholung: 5 min.: 10 min.: > 15 min.:	
Atemfrequenz in Ruhe:	Nach Belastung:	Nach Erholung: 5 min.: 10 min.: > 15 min.:	
Atmungstrakt-Beschwerden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Auffälligkeiten an Nasenöffnungen, Zunge, Atemwegen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Atemgeräusche in Ruhe: <input type="checkbox"/> Ruhig, unauffällig <input type="checkbox"/> Röchelnd / giemend <input type="checkbox"/> Hechelnd <input type="checkbox"/> Atemnot	Nach Belastung: <input type="checkbox"/> Ruhig, unauffällig <input type="checkbox"/> Üblich hechelnd <input type="checkbox"/> Laut röchelnd <input type="checkbox"/> Giemend <input type="checkbox"/> Atemnot	Erholung nach: <input type="checkbox"/> 5 Min. <input type="checkbox"/> 10 Min. <input type="checkbox"/> > 15 Min.	

Dopingkontrolle durchgeführt: Ja Nein

Bemerkungen: _____

Belastungstest bestanden: Ja Nein

.....
Unterschrift Tierarzt / Praxisstempel