



**Tierärztliche Bescheinigung zur Stuten-Zuchtbuchaufnahme  
der EMFTHA e.V**

(nicht älter als 3 Monate vor dem Datum der Stutenschau. Durchzuführen von einem Fachtierarzt für Pferde)  
**(Veterinary Examination for Admission of Mares into the Stud-Book of the EMFTHA e.**

Name des Pferdes (name of the horse) Miss USA

Transponder | (Falls vorhanden) 2760 200002652 72

Geb.Datum (Date of birth) 27.04.2004

Farbe (Colour) Palomino

Abzeichen (Markiungs) Stirnwirbel mittig über Augenlinie,  
beidseitig je ein Rücken- und Genickwirbel, zwei Unterhalswirbel

MFTHBA No., falls vorhanden / If available 04-84038

Besitzer (Owner) Heberle Thomas

Die oben beschriebene Stute wurde heute von mir untersucht (The above mentioned mare has been examined by me today)

**A Allgemeine Gesundheit (General Health)**

**1. Allgemeiner Gesundheitszustand (General Health condition)**

Gut (Good)  Schlecht (Bad)

Begründung (Reason) \_\_\_\_\_

**2. Haut (Skin)**

Allergie bzw Veranlagung zum Sommerekzem (Allergy or Disposition to Summer Eczema)

ja/Yes  nein/no

Beschreibung (Description) \_\_\_\_\_

---

**3. Hautnarben (Surgical or other)**

	ja/yes	nein/no
1. Larynx	_____	<del>_____</del>
2. Fesseln/Pastern	_____	<del>_____</del>
3. Abdomen	_____	<del>_____</del>
4. Andere/Other	_____	<del>_____</del>

**4. Hauttumore (Skin cancers)**

ja/Yes	nein/no
_____	<del>_____</del>

Beschreibung/Description \_\_\_\_\_

---

**B Erbgesundheit (Heritable Diseases)**

**1. Auf eine Erbkrankheit hinweisende pathologische Veränderung oder Krankheit**  
(Pathologic abnormalities or conditions indicating inherited diseases)

Ja/yes	nein/no
_____	<del>_____</del>

Beschreibung /Description \_\_\_\_\_

---

**2. Gebissanomalien/Dental abnormalities**

Wird im Bereich der Schneidezähne eine vollständige zentrale Okklusion erreicht?  
(Complete central occlusion of the incisors?)

ja/Yes	nein/No
<del>_____</del>	_____

Beschreibung bzw Angabe in % / Description in % \_\_\_\_\_

---

**3. Augen/eyes**

(Hinweise auf Equide rezidivierende Uveitis, ERU)

ja/yes	nein/no	o.b.B.
_____	<del>_____</del>	<del>_____</del>

**C Geschlechtsgesundheit Stuten / Gender Health Mares**

**1. Geschlechtsorgane/ Sex organs**

a. Äußere gynäkologische Untersuchung (Vulva (Caslick-Index), Euter.  
(External gynecological Examination (Vulva (Caslick-Index), Udder)

o.B.   X  

Beschreibung, falls Befund  
Description \_\_\_\_\_

**2. Atmung**

Untersuchung bei Belastung bis zum Eintritt intensiver Atmung   X   o.b.B. ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Beschreibung/Description \_\_\_\_\_

Atemgeräusch während/nach der Belastung   X   o.b.B. ja \_\_\_\_\_ nein   X  

Bechreibung/Description \_\_\_\_\_

Auskultation von Herz und Lunge vor und nach der Belastung   X   o.b.B. ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Beschreibung/Description \_\_\_\_\_

**D Orthopädische Gesundheit /Orthopedic Health**

1. Hufdeformation/Hoof Deformation ja/Yes \_\_\_\_\_ nein/no   X   Neu \_\_\_\_\_ Spezialbeschl:

2. Erworbene Exterieurmängel (Gallen, Überbeine, Narben u.ä.) ja/Yes \_\_\_\_\_ nein/no   X    
Acquired Abnormalties (Gall, Ganglion, Scar or similar)

Beschreibung/Description \_\_\_\_\_

**3. Liegen Anzeichen für eine Störung des Nervensystems vor?/Abnormalities of the Nervous System?**

ja/yes

~~nein/no~~

Beschreibung/Description

\_\_\_\_\_

**4. Liegen Anzeichen für eine Ataxie vor? / Any signs of Ataxia?**

ja/yes

~~nein/no~~

Beschreibung/Description

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Gliedmaßen Adspection und Palpation**

Beurteilung im Schritt und Trot an der Hand

vl

vr

hl

hr

Auf der Geraden auf hartem Boden

~~o.B.~~

~~o.B.~~

~~o.B.~~

~~o.B.~~

Beschreibung bei Befund/Description

\_\_\_\_\_

Auf dem Zirkel auf weichem Boden (Schritt und Trab)

linke Hand

rechte Hand

o.B.  
o.B.

o.B.  
o.B.

o.B.  
o.B.

o.B.  
o.B.

Beschreibung bei Befund/Description

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rücken (adspektorisch und palpatorisch)

~~o.B.~~

Beschreibung Befund

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

X Aufgrund der von mir durchgeführten **klinischen** Untersuchung bestehen gegen die Verwendung des Pferdes in der Zucht aus tierärztlicher Sicht keine Bedenken  
(Based on the clinical examinations performed by me, there are currently no veterinary concerns for the deployment of this horse into the breed)

Vorchen 23.07.18

Ort, Datum  
(Place, Date)



Name des Tierarztes in Druckbuchstaben  
Unterschrift und Stempel  
(Signature and stamp)

**Dr. Norbert Beer**  
Fachtierarzt für Pferde  
Ger.Hptm.Str.32 D-87727 Babenhausen  
Tel. +49-171-9971075