



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

(nicht älter als 3 Monate vor dem Körtermin. Durchzuführen von einem Fachtierarzt/Pferde)

**(Veterinary Examination for Admission of Stallions into the Stud-Book of the EMFTHA e.V)**

Name des Pferdes (name of the horse) Blaze Of Remedy's Sheila TH

Transponder No., falls vorhanden 276020000285029

Geb.Datum (Date of birth) 28.01.2013

Farbe (Colour) Fuchs

Abzeichen (Markiungs) unregelmäßiger kleiner Stern; Wirbel oberhalb  
Mitte Augenlinie; beidseitig Wirbel Mitte Mähnenkamm

MFTHBA No., falls vorhanden / If available 13-99169

Besitzer (Owner) Heberle Thomas

Der oben beschriebene Hengst wurde heute von mir untersucht (The above mentioned stallion 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 Sommer ekzem (Allergy or Disposition to Summer Eczema)

ja/Yes  nein/no

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

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

	ja/yes	nein/no
1. Larynx	_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>
2. Fesseln/Pastern	_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>
3. Abdomen	_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>
4. Andere/Other	_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>

**4. Hauttumore (Skin cancers)**

ja/Yes	nein/no
_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>

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
_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>

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
_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>

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

**3. Gentests**

	pos	neg	Labor & Untersuchungs-Nr. _____
PSSM	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	

Beschreibung/Description (t: \_\_\_\_\_)

---

(nur bei Hengsten, die durch künstliche Besamung entstanden sind. Entfällt bei Natursprung, bei denen beide Elterntiere negativ getestet wurden /Mandatory for all Stallions bred by AI. Not for stallions bred natural and both parents were tested negative)

**4. Augen/eyes**

(Hinweise auf equine rezidivierende Uveitis, ERU)

ja/yes	nein/no	o.b.B.
_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>	_____ <input checked="" type="checkbox"/>

**C Geschlechtsgesundheit Hengst / Gender Health Stallion**

**1. Geschlechtsorgane/ Sex organs**

Sind beide Hoden vollständig im Skrotum abgestiegen? / Are both testicles descended completely in the scrotum

	ja/yes	nein/no			
	_____ <input checked="" type="checkbox"/>	_____			
Hodengröße / Testicular size	kleiner als Hühnerei	Hühnerei	Entenei	Gänseei	
links	_____	_____	_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>	
rechts	_____	_____	_____	_____ <input checked="" type="checkbox"/>	
Hodenkonsistenz	elastisch	weich			
links	_____ <input checked="" type="checkbox"/>	_____			
Testicular Texture	rechts	_____			
	ja/yes	nein/no			
Präputium	o.b.B.	_____			
Nebenhoden Epididymis	o.b.B.	_____			

**2. Atmung**

Untersuchung bei Belastung bis zum Eintritt intensiver Atmung

o.b.B.	ja	Nein
	_____ <input checked="" type="checkbox"/>	_____

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

---

Atemgeräusch während/nach der Belastung

o.b.B.

ja

nein

Beschreibung/Description

Auskultation von Herz und Lunge vor und nach der Belastung

o.b.B.

\_\_\_\_\_

Beschreibung/Description

\_\_\_\_\_

**D Orthopädische Gesundheit /Orthopedic Health**

**1. Hufdeformation/Hoof Deformation**  
Beschlag

ja/Yes

\_\_\_\_\_

nein/no

Neu \_\_\_\_\_

Spezialbeschl:

**2. Erworbene Exterieurmängel**  
(Gallen, Überbeine, Narben u.ä.)  
Acquired Abnormalities  
(Gall, Ganglion, Scar or similar)

ja/Yes

\_\_\_\_\_

nein/no

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 Adspektion und Palpation**

Beurteilung im Schritt und Trot an der Hand

	vl	vr	hl	hr
Auf der Geraden auf hartem Boden	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>
Beschreibung bei Befund/Description	_____			

Auf dem Zirkel auf weichem Boden (Schritt und Trab)				
linke Hand	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>
rechte Hand	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>	<u>o.B.</u>
Beschreibung bei Befund/Description	_____			

Rücken (adspektorisch und palpatorisch)	<u>o.B.</u> <u>X</u>
Beschreibung bei Befund	_____

**6. Röntgenuntersuchungen/Radiographic Examination)**

Die Bilder sind mit einbelichteten Seitenzeichen und ohne Hufeisen zu erstellen. Alle Aufnahmen müssen dokumentationsicher und unverwechselbar bei der Herstellung beschriftet werden.

Die Zuordnung zu einem Pferd muß zweifelsfrei möglich sein

Zehe vorn beidseits/90°	<u>vr o.B.</u>	<u>vl o.B.</u>
Beschreibung/Description	_____	

Oxsprinaufnahmen vorn beidseits (mit Abbildung des Fesselgelenkspaltes)	<u>vr o.B.</u>	<u>vl o.B.</u>
Beschreibung bei Befund	_____	

Sprungelenke beidseits (0°, 45° und 115°)	<u>rechts o.B.</u>	<u>links o.B.</u>
Beschreibung bei Befund	_____	

Kniegelenke beidseits/110°

rechts o.B.

links o.B.

Beschreibung bei Befund

---

---

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)

Die Befunde der Röntgenaufnahmen ergaben eine Eingruppierung in die Röntgenklasse:

1

Befundung im Einzelnen:

---

---

---

Genests für Europa werden nur anerkannt, wenn sie von einem für den entsprechenden Test akkreditierten Labor durchgeführt wurden  
Laboratories for Gen Tests have to be accredited for these tests

Vockern 10.8.18

Ort, Datum  
(Place, Date)

**Dr. med. vet. S. Christbauer**

Äußere Leutkircher Straße 6

87452 Altusried

Mobil: 0172/8450512

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