

# Internationaler Verein der Rassehundezüchter IVR-IVRA

IVR-IVRA



Internationaler Verein der Rassehundezüchter

Zuchtbuchstelle: M. Kosian, Oberer Kanal 33, 86668 Karlshuld  
 Telefon: 08454/95167 Fax: 95168 Email: zuchtbuchstelle@gmail.com

IVR-IVRA



Internationaler Verein der Rassehundezüchter

## Zahnstatus

Name des Hundes:	
Rasse:	
Wurfstag:	
Geschlecht:	( ) Hündin ( ) Rüde
Farbe:	
Chip- / Tät. Nr.	

Eigentümer:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	

Das Gebiss:

Ist ( ) korrekt ( ) Aufbiss ( ) Überbiss cm ( ) Unterbiss cm

Die Zähne:

Oberkiefer ( ) vollständig ( ) unvollständig

Es fehlt links

I <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>	P <sub>4</sub>	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es fehlt rechts

I <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>	P <sub>4</sub>	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterkiefer.....( ) vollständig ( ) unvollständig

Es fehlt links

I <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>	P <sub>4</sub>	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	M <sub>3</sub>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es fehlt rechts

I <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>	P <sub>4</sub>	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	M <sub>3</sub>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Eigentümer, dass oben genannter Hund das zur Untersuchung vorgestellte Tier ist. Er versichert, dass keine Korrekturbehandlung vorgenommen worden ist!

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Eigentümer

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift, Stempel Tierarzt