

Bitte senden Sie dieses Formular an:

Allegiance for Standard Border Collies e.V. | Zuchtbuchamt | Otto-Hahn-Str. 30a | 61381 Friedrichsdorf

vollständiger Name des Hundes
(Ahnentafel):

☐ Rüde
☐ Hündin

Rasse des Hundes:

ZB-Nr.

Chip-Nr.

gew. am:

Name/Vorname:

Straße:

Nr.:

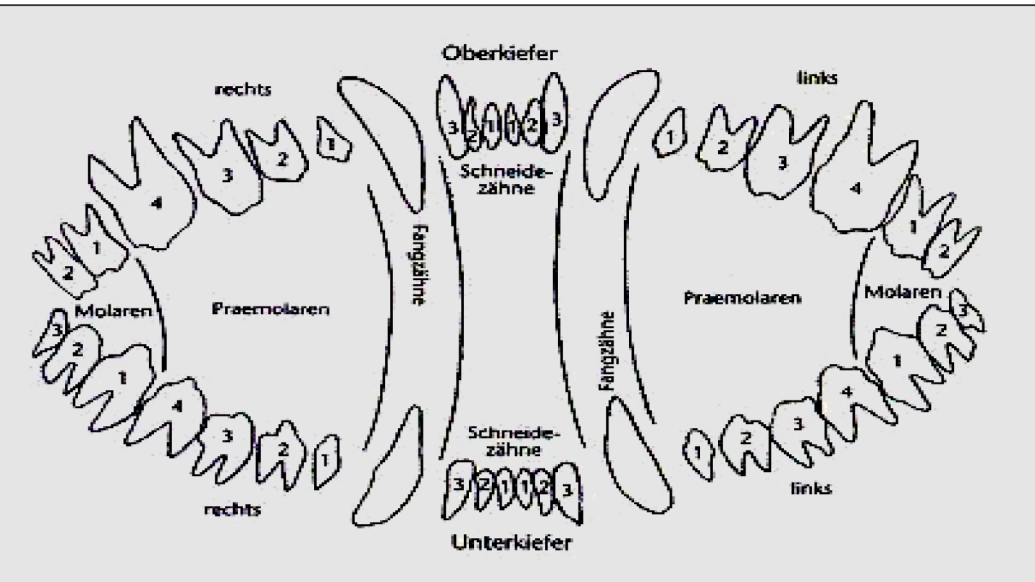
PLZ:

Ort:

Tel:

mobil:

eMail:



☐ Zange

☐ Schere

☐ Vorbiss

☐ Rückbiss

☐ Kreuzbiss

Fehlende Zähne werden gestrichen.

links

Oberkiefer

rechts

M2	M1	P4	P3	P2	P1	C	I3	I2	I1	I1	I2	I3	C	P1	P2	P3	P4	M1	M2
----	----	----	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----

Unterkiefer

M3	M2	M1	P4	P3	P2	P1	C	I3	I2	I1	I1	I2	I3	C	P1	P2	P3	P4	M1	M2	M3
----	----	----	----	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----

Durchgestrichener Zahn bedeutet: Zahn fehlt!

Bestätigung des Tierarztes:

Ich bestätige als untersuchender Tierarzt, dass ich den o.g. Hund auf Kosten des Hundeeigentümers/Züchters zahnmedizinisch untersucht habe und keinerlei Forderungen mehr aus dieser Handlung/Behandlung bestehen und die Chipnummer des untersuchten Hundes mit der der vorgelegten Ahnentafel übereinstimmt. Der obige Befund wurde Heute durch mich vollkommen wertfrei erstellt.

Ort/Datum:

Name / Adresse / Stempel, und Unterschrift des Tierarztes.