

# ABCF / Zahnbefund



## ABCF Geschäftsstelle

Matzelsdorf 6  
4212 Neumarkt am Mühlkreis  
Austria  
Tel: +43(0)660 / 4706995  
M@il: zuchtwart@rassehundeclub.at  
ZVR 419204279

Name des Hundes: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Chipnummer: \_\_\_\_\_ Zuchtbuchnr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Verbandskürzel: \_\_\_\_\_

Eigentümer Name / Adresse / Telnr.: \_\_\_\_\_

Unterschrift & Einverständnis des Eigentümers/ Besitzers: \_\_\_\_\_

Der unterfertigende Tierarzt bestätigt, dass der Hund bei der Überprüfung des Gebisschlusses nicht sediert war.

Der Tierarzt bestätigt:

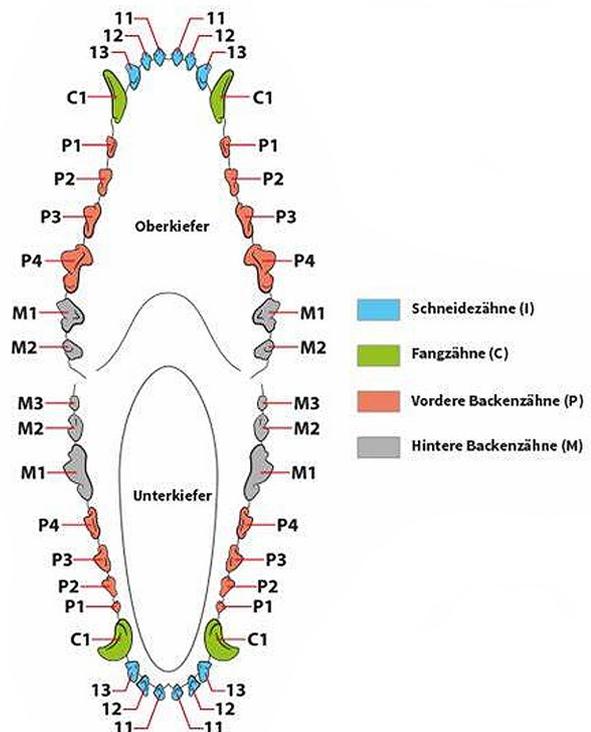
Das Original Abstammungsurkunde vorgelegt wurde:  
JA / NEIN

Die Chipnummer Anhand der Ahnentafel  
überprüft wurde: JA / NEIN

Fehlende Zähne bitte streichen:

Zusätzlich bitte eintragen:

<input type="checkbox"/> vollzahnig	<input type="checkbox"/> nicht vollzahnig
<input type="checkbox"/> Scherengebiss	<input type="checkbox"/> Zangengebiss
<input type="checkbox"/> Vorbiss	<input type="checkbox"/> Rückbiss



Anmerkung: \_\_\_\_\_

Tierarzt / Datum, Unterschrift & Stempel \_\_\_\_\_

Nachdruck und Vervielfältigung verboten, die Verwendung ist nur Vereinsmitgliedern oder Mitgliedern von angeschlossenen Partnern erlaubt.