



ÖCNHS

ÖSTERR. CLUB FÜR NORDISCHE HUNDERASSEN UND SCHLITTENHUNDE



www.oecnhs.at

Rasse:

R/H

Mikro-Chip Nr.:

Name des Hundes:

ÖHZB Nr.:

Wurfdatum:

Farbe:

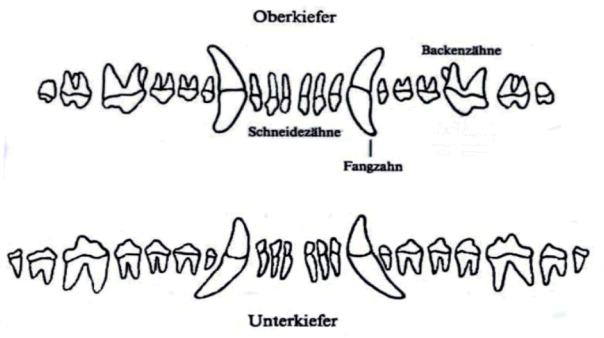




Besitzer:

Adresse:

Tel./FAX/E-Mail:

Züchter:

Tierärztliche Gebisskontrolle

<p style="text-align: center;">Gebissbeschreibung</p>	<p style="text-align: center;">Eventuell fehlende Zähne markieren</p> 
<p style="text-align: center;">Gebisschlussbeschreibung</p> <p>Der unterfertigte Tierarzt bestätigt, dass der Hund bei der Überprüfung des Gebisschlusses nicht sediert war</p>	<p style="text-align: center;">Gebisschluss bitte ankreuzen</p> <p><input type="checkbox"/> Scherengebiss </p> <p><input type="checkbox"/> Zangengebiss </p> <p><input type="checkbox"/> Vorbiss </p> <p><input type="checkbox"/> Rückbiss </p>

Datum:

Unterschrift – Stampiglie des Tierarztes