



Rasse: Name des Hundes: ÖHZB Nr. Besitzer: Adresse: Tel./ Mail: Züchter:	Geschlecht: Mikro-Chip Nr.: Wurfdatum:
--	--

Tierärztliche Gebisskontrolle

Gebissbeschreibung 	Eventuell fehlende Zähne markieren
Gebisschlussbeschreibung Der unterfertigte Tierarzt bestätigt, dass der Hund bei der Überprüfung des Gebisschlusses nicht sediert war	Gebisschluss bitte ankreuzen ☐ Scherengebiss ☐ Zangengebiss ☐ Vorbiss ☐ Rückbiss

Datum:

Unterschrift – Stampiglie des Tierarztes