

**Bericht des Turniertierarztes**

Landeskommission Baden-Württemberg e.V.

Murrstr. 1/2

70806 Kornwestheim

Fax: 07154 / 83 28 29 E-Mail: info@pferdesport-bw.de

**Bitte stellen Sie sicher, dass der Bericht die Landeskommission erreicht!**

PLS / BV am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**Tierarzt:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
**Telefon und Fax:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Wie wurde der **Turnierdienst** sichergestellt? ständige Anwesenheit  Rufbereitschaft 

Wann wurden Sie zum Turnierdienst verpflichtet? \_\_\_\_\_

Wurde ein **Vertrag** über die tierärztliche Turnierbetreuung abgeschlossen?  ja  nein  
(Anmerkung: Rahmenvertrag oder andere vertragliche Vereinbarung)**Weitere** bei der PLS tätige **Tierärzte:** ja, Name: \_\_\_\_\_ nein**Boxen für Medikationskontrollen** vorhanden?  ja (Anzahl \_\_)  neinWurden die Medikationskontrollboxen **vorab gereinigt und frisch eingestreut**? ja neinWie viele **Pferde** wurden **gestartet**? (Bitte die Information an der Meldestelle erfragen): Anzahl: \_\_\_\_\_War eine **Transportmöglichkeit für verletzte Pferde** vorhanden? ja neinWar ein **FN-Medi-Kontroll-Kit** vorhanden? ja neinWurden **Pferdekontrollen** durchgeführt? ja nein

Nach welchem System wurde die Auswahl vorgenommen? \_\_\_\_\_

Anzahl der kontrollierten Pferde	Nr. der Prüfung	Dressur, Kl.	Springen, Kl.	Andere Disziplin

Wenn ja, welche **Beanstandungen** gab es und wie oft traten sie auf?

(Bei Beanstandungen ist das Untersuchungsprotokoll gemäß DB zu § 67 LPO auszufüllen.)

- Maulverletzungen (Anzahl: \_\_\_\_\_)
- Akute Sporenverletzungen (Anzahl: \_\_\_\_\_)
- Chronische Hautveränderungen in der Schenkellage (Anzahl: \_\_\_\_\_)
- Sattel-/Gurtdruck (Anzahl: \_\_\_\_\_)
- Verletzungen (Anzahl: \_\_\_\_\_)
- Lahmheit (Anzahl: \_\_\_\_\_)
- Sonstige: \_\_\_\_\_ (Anzahl: \_\_\_\_\_)

**Sanktionen** (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Wurden **Equidenpasskontrollen** durchgeführt? ja (Anzahl \_\_ ) nein  
Gab es Beanstandungen? ja (Anzahl \_\_ ) nein

Beanstandung und Sanktion	Pferdename	Lebensnummer	Reiter/Fahrer/Longenführer

Wurden **Medikationskontrollen** durchgeführt? O ja (Anzahl \_\_ ) O nein  
War der LK-Beauftragte oder ein beauftragter Richter anwesend? O ja (Anzahl \_\_ ) O nein  
Nach welchem Auswahlssystem? O LK-Vorgabe O Zufallsprinzip O Verdachtsprobe

Wurden **Verfassungsprüfungen** durchgeführt? ja nein  
Vorgeschriebene Verfassungsprüfungen lt. LPO §67 ja nein  
Angeordnete Verfassungsprüfungen ja nein Angeordnet durch: \_\_\_\_\_  
Wenn vorhanden, welche **Beanstandungen** gab es?

- Lahmheit ja (Anzahl\_\_ ) nein
- Mangelhafter Allgemeinzustand ja (Anzahl\_\_ ) nein
- Offene / Unvollständig verheilte Wunden ja (Anzahl\_\_ ) nein
- Sonstige (z. B. akute Entzündungen, ungeeigneter Beschlag) ja (Anzahl\_\_ ) nein

Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Sanktionen** (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Waren **Behandlungen** erforderlich? ja (Anzahl \_\_ ) nein  
Kurzer Bericht über Art und Umfang der Erkrankungen:

Wurden **Pferde** während des Turniers **gem. § 66 LPO ausgeschlossen**? O ja O nein  
Anzahl \_\_\_\_\_ Grund des Ausschlusses \_\_\_\_\_

War die **Euthanasie** eines Pferdes notwendig? Ist ein **Pferd** im Rahmen der PLS **zu Tode gekommen**?  
(In jedem Falle eines toten Pferdes ist das Meldeformular gem. DB zu § 67.4 LPO auszufüllen.)

Euthanasie plötzlicher Todesfall

Wurde eine Medikationskontrolle durchgeführt? ja nein

Ist eine post mortem Untersuchung (Obduktion) eingeleitet worden? ja nein

(Die Kosten für den Transport sowie die Untersuchung trägt die FN!)

**Anmerkungen** (Bericht zum Verlauf des Turniers inkl. Berücksichtigung des Tierschutzes, Ablauf der Veranstaltung, Zusammenarbeit auf der Veranstaltung):

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift, Stempel:** (Entfällt bei digitaler Version)

**Wichtig:**

**Sehr geehrter Turniertierarzt, bitte stellen Sie sicher, dass der komplett ausgefüllte Berichtsbogen spätestens innerhalb von 3 Tagen nach der Veranstaltung die Landeskommission erreicht! Danke!**