

# KTR – Zahnstatus

(Wegen besserer Lesbarkeit diese Tabelle bitte möglichst mit dem PC ausfüllen + danach ausdrucken)

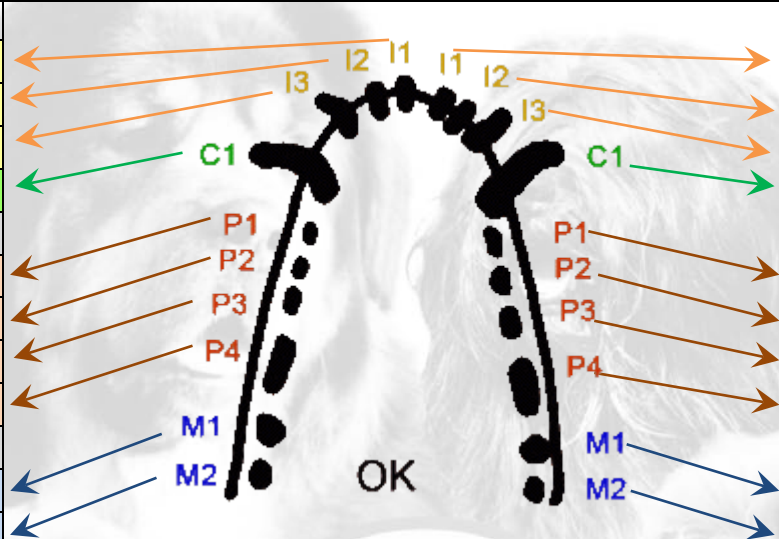
|                     |                                  |                                     |  |  |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Rasse :             | Do Khyi <input type="checkbox"/> | Lhasa Apso <input type="checkbox"/> | Tibet Spaniel <input type="checkbox"/> | Tibet Terrier <input type="checkbox"/> |
| Name des Hundes:    |                                  |                                     |  | Wurfstag:                              |
| ZB-Nr.:             |                                  |                                     | Chip-Nr.:                              |  |
| Name des Besitzers: |                                  |                                     |  |  |
| Anschrift:          |                                  |                                     |  |  |

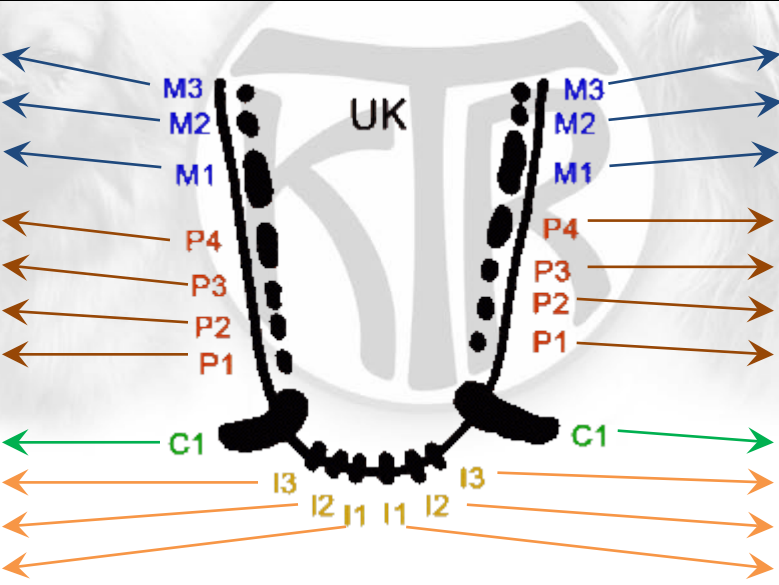
|  |   |  |
|--|---|--|
| Scherengebiss <input type="checkbox"/> | Zangengebiss <input type="checkbox"/>     | umgekehrte Schere <input type="checkbox"/> |
| Vorbiss <input type="checkbox"/>       | Rückbiss <input type="checkbox"/>         |  |
| vollzahnig <input type="checkbox"/>    | nicht vollzahnig <input type="checkbox"/> |  |



Nur fehlende Zähne ankreuzen!!

©KTR

| Oberkiefer rechts                   |  | Oberkiefer links                    |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Incisivi 1 <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> Incisivi 1 |
| Incisivi 2 <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> Incisivi 2 |
| Incisivi 3 <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> Incisivi 3 |
| Canini <input type="checkbox"/>     |   | <input type="checkbox"/> Canini     |
| Prämolar 1 <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> Prämolar 1 |
| Prämolar 2 <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> Prämolar 2 |
| Prämolar 3 <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> Prämolar 3 |
| Prämolar 4 <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> Prämolar 4 |
| Molar 1 <input type="checkbox"/>    |   | <input type="checkbox"/> Molar 1    |
| Molar 2 <input type="checkbox"/>    |   | <input type="checkbox"/> Molar 2    |

| Unterkiefer rechts                  |  | Unterkiefer links                   |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Molar 3 <input type="checkbox"/>    |  | <input type="checkbox"/> Molar 3    |
| Molar 2 <input type="checkbox"/>    |  | <input type="checkbox"/> Molar 2    |
| Molar 1 <input type="checkbox"/>    |  | <input type="checkbox"/> Molar 1    |
| Prämolar 4 <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Prämolar 4 |
| Prämolar 3 <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Prämolar 3 |
| Prämolar 2 <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Prämolar 2 |
| Prämolar 1 <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Prämolar 1 |
| Canini <input type="checkbox"/>     |  | <input type="checkbox"/> Canini     |
| Incisivi 3 <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Incisivi 3 |
| Incisivi 2 <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Incisivi 2 |
| Incisivi 1 <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Incisivi 1 |

|               |                            |
|---------------|----------------------------|
| Ort/Datum:    | Ort/Datum:                 |
| Körrichter:   | Tierarzt                   |
| Unterschrift: | Stempel :<br>Unterschrift: |

Formular ausgefüllt und unterschrieben im **Original** an: HZW Heike Schmidt, Höhenstr. 2, 56206 Hilgert senden!