

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 : Unterschrift:

Formular ausgefüllt und unterschrieben im **Original** an: HZW Anke Peine, Am Heukamp 4, 59199 Bönen senden!