

Tierarzt (Name, Anschrift in Druckschrift, Stempel)

An den Österreichischen Islandpferdezuchtverband  
ÖIZV  
Hengstreferat  
Römerweg 24  
9241 Wernberg

**Betrifft: BESTÄTIGUNG DER ZUCHTTAUGLICHKEIT**

Bei der Untersuchung des Islandhengstes

Pferdenname: .....

Farbe/Abzeichen: .....

Besondere Merkmale: .....MicroChip; .....

Geburtsdatum: ..... FEIF-IDNr.: .....

Vater: ..... Mutter: .....

Züchter (Name Adresse): .....

Besitzer (Name, Adresse): .....

habe ich festgestellt:  
Feststellungen;

\*) Nicht Zutreffendes bitte streichen!  
Bemerkungen:

Beide Hoden nicht \*) im Skrotum  
Keine \*) Veränderungen am Penis

Keine \*) groben Mängel wider die Gebrauchsfähigkeit

Die Zuchttauglichkeit / der Einsatz als Zuchthengst erscheint aus tierärztlicher Sicht somit nicht \*) gegeben.

Ort/Datum: ..... Unterschrift: