

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: .....

Geburtsdatum: ..... AbstammungsNr.: .....

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

Züchter (Name Adresse): .....

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

habe ich festgestellt: \*) Nicht Zutreffendes bitte streichen!

**Feststellungen:**

**Bemerkungen:**

Beide Hoden nicht \*) im Skrotum  
Keine \*) Auffälligkeiten bzw. Unterschiede bei den Hoden  
Keine \*) Veränderungen am Penis  
Keine \*) groben Mängel wider die Gebrauchsfähigkeit

Zusätzliche Feststellungen:                      Chirurgische Eingriffe: ja/nein

Ernährungszustand(BMS):                      Pflegezustand:                      Gebissfehlstellungen:

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

Ort/Datum: .....                      Unterschrift: