

Bericht des Turniertierarztes

Landeskommission für PLS in Schleswig-Holstein

z. Hd. Herrn Dirk Langhoff

Marienstr. 15, 23795 Bad Segeberg

Tel.: 04551-8892-0, Fax: 04551-8892-20, eMail: info@psvsh.de

Bitte stellen Sie sicher, dass der Bericht die Landeskommission erreicht!Dieses Formular bitte am PC ausfüllen,
dort als Datei speichern (nicht drucken)
und dann als Anhang an info@psvsh.de senden.

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? ja (Anzahl __) O nein
 War der LK-Beauftragte oder ein beauftragter Richter anwesend? 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 kein 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!