

**Bericht des Turniertierarztes**

Landeskommission für PLS in Schleswig-Holstein

z. Hd. Frau Claudia Eiser

Marienstr. 15, 23795 Bad Segeberg

Tel.: 04551-8892-13, 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](mailto: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  neinNach welchem System wurde die Auswahl vorgenommen? \_\_\_\_\_ (bitte auswählen oder eintragen)

Anzahl der kontrollierten Pferde	Nr. der Prüfung	Dressur, Kl.	Springen, Kl.	Andere Disziplin
				(bitte auswählen oder eintragen)
				(bitte auswählen oder eintragen)
				(bitte auswählen oder eintragen)
				(bitte auswählen oder eintragen)

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 \_\_)  nein

War der LK-Beauftragte oder ein beauftragter Richter anwesend?

ja (Anzahl \_\_)  nein

Nach welchem Auswahlssystem?

LK-Vorgabe  Zufallsprinzip  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**?

ja  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!**