



## Wurfabnahme zur Erst-Impfung

Für den Zwinger: \_\_\_\_\_

Die Kätzin \_\_\_\_\_ Chip-Nr. \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_ mit ihrem Wurf vom \_\_\_\_\_ in Augenschein genommen.

### Angaben zum Wurf:

Anzahl Kater (lebend): \_\_\_\_\_

Anzahl Kätzinnen (lebend): \_\_\_\_\_

Anzahl Totgeburten: \_\_\_\_\_

Postnatale Sterbefälle bis zur Erstimpfung: \_\_\_\_\_

Erstimpfung wurde mit folgendem Impfstoff durchgeführt: \_\_\_\_\_

	auffällig	unauffällig	Bemerkung
Erster allgemeiner Eindruck der Kätzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erster allgemeiner Eindruck der Kitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augen (z.B. Tränen, eitrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nase (z.B. Ausfluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohren (z.B. entzündet, verschmutzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fell (z.B. Krusten, strähmig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körper (z.B. Ernährungszustand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
After (z.B. verschmutzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoden (bei Katern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parasiten (z.B. Milben, Flöhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkennbare Defekte (z.B. Knickschwanz, Nabelbruch, Gaumenspalte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gesundheitszustand der Kätzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Weitere Bemerkungen (z.B. über Pflegezustand von Katze und Kitten):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anschriften:

Katzenbesitzer

Tierarzt

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Tierarztes