

Welpenname	Chipnummer DLZB-Nr.	R/H	Abnahme- Gewicht	Nabelbruch	OP	Augen Lidschluss	Gebiss Stellung	Sonstige körperl. Abw. z.B.: Knickrute/ Fehlfarbe/Caninus- Engst.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Überprüfung Identität der Hündin (Chip)

Hiermit bestätigt der unterzeichnende Tierarzt, dass die vorgestellten Welpen heute mit _____ (Impfstoff angeben) geimpft wurden.

Ort/ Datum

Unterschrift & Stempel Tierarzt

Unterschrift Züchter