

Zahnstatus

Name des Hundes: _____

Rasse: _____

Zuchtbuch Nr.: _____ Wurfdatum: _____

Chipnummer: _____ Rüde Hündin

Name Besitzer: _____

GEBISS

Schere	<input type="checkbox"/>	Zange	<input type="checkbox"/>	Kreuzbiss	<input type="checkbox"/>
Vorbiss	<input type="checkbox"/>	Rückbiss	<input type="checkbox"/>	Kulisse	<input type="checkbox"/>

UNTERKIEFER

vollständig

unvollständig, es fehlen _____

Das Gebiss entspricht der Rasse ja nein

Anmerkungen zum Befund:

Datum der Ausstellung:

Stempel und Unterschrift des Tierarztes: