

## Bericht des Turniertierarztes

LANDESKOMMISSION FÜR PFERDELEISTUNGSPRÜFUNGEN Rheinland-Pfalz

Riegelgrube 13, 55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671/89403-0, Fax 0671/89403-29, Email: info@pferdesportverband-rlp.de

**Bitte stellen Sie sicher, dass der Bericht die Landeskommission erreicht!**

**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:** \_\_\_\_\_

**Boxen für Medikationskontrollen** vorhanden?  ja (Anzahl \_\_)  nein

Wurden die Medikationskontrollboxen **vorab gereinigt und frisch eingestreut**?  ja  nein

War eine **Transportmöglichkeit für verletzte Pferde** vorhanden?  ja  nein

War ein **FN-Medi-Kontroll-Kit** vorhanden?  ja  nein

Wurden **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 <b>Equidenpasskontrollen</b> durchgeführt?	O ja (Anzahl __) O nein
Gab es Beanstandungen?	O ja (Anzahl __) O nein
Grund / Gründe der Beanstandung: _____	
Wurde ein Startverbot verhängt?	O ja (Anzahl __) O nein

Wurden <b>Medikationskontrollen</b> durchgeführt?	O ja (Anzahl __) O nein
War der LK-Beauftragte oder ein beauftragter Richter anwesend?	O ja (Anzahl __) O nein
Nach welchem Auswahlssystem?	O LK-Vorgabe O Zufallsprinzip O Verdachtsprobe

Wurden <b>Verfassungsprüfungen</b> durchgeführt?	O ja O nein
Vorgeschriebene Verfassungsprüfungen lt. LPO	O ja O nein
Angeordnete Verfassungsprüfungen	O ja O nein
Angeordnet durch: _____	
Wenn vorhanden, welche <b>Beanstandungen</b> gab es?	
• Lahmheit	O ja (Anzahl __) O nein
• Mangelhafter Allgemeinzustand	O ja (Anzahl __) O nein
• Offene / Unvollständig verheilte Wunden	O ja (Anzahl __) O nein
• Sonstige (z. B. akute Entzündungen, ungeeigneter Beschlag)	O ja (Anzahl __) O nein
Beschreibung: _____	
<b>Sanktionen</b> (falls bekannt): _____	

Waren <b>Behandlungen</b> erforderlich?	O ja (Anzahl __) O nein
Kurzer Bericht über Art und Umfang der Erkrankungen:	
_____	
_____	

Wurden <b>Pferde</b> während des Turniers <b>gem. § 66 LPO ausgeschlossen</b> ?	O ja O nein
Anzahl _____	Grund des Ausschlusses _____

War die <b>Euthanasie</b> eines Pferdes notwendig? Ist ein <b>Pferd</b> im Rahmen der PLS <b>zu Tode gekommen</b> ?	
<i>(In jedem Falle eines toten Pferdes ist das Meldeformular gem. DB zu § 67.4 LPO auszufüllen.)</i>	
Euthanasie O plötzlicher Todesfall O	
Wurde eine Medikationskontrolle durchgeführt?	O ja O nein
Ist eine post mortem Untersuchung (Obduktion) eingeleitet worden?	ja nein
<small>(Die Kosten für den Transport sowie die Untersuchung trägt die FN!)</small>	

<b>Anmerkungen</b> (Bericht zum Verlauf des Turniers inkl. Berücksichtigung des Tierschutzes, Ablauf der Veranstaltung, Zusammenarbeit auf der Veranstaltung):
_____
_____
_____

<b>Ort, Datum:</b> _____
<b>Unterschrift, Stempel:</b>

**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!**