

1. Ernährungszustand	abgemagert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stark übergewichtig
2.1 Gesichtsproportionen	zu zart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lama ähnlich
2.2 Gesichtsverdrehung < 5°	nach links verdreht um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nach rechts verdreht um
		<-4°	≤-4°	<-3°	<-2°	0°	<2°	<3°	≤4°	>4°	
2.3 Ohrenform und Symmetrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lama Ohren
2.4 Zahnabstand zur Kauplatte	mm rückständiger Biss um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mm vorständiger Biss um
		<-4°	≤-4°	<-3°	<-2°	0°	<2°	<3°	≤4°	>4°	
3.1 Körperproportionen	Zu langer Rücken (Bein : Rücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hochbeinig (Bein : Rücken)
		2:3	<<<	<<	<	1:1	>	>>	>>>	3:2	
3.2 Halswirbelsäule Proportion	zu kurzer Hals (Hals : Rücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu langer Rücken (Hals : Rücken)
		1:2	<<<	<<	<	2:3	>	>>	>>>	1:1	
3.3 Senk- oder Karpfenrücken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 Bewegungsapparat - schwingt starke nach außen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreuzt die Mittellinie
3.5 Schwanzansatz, hoher Ansatz (lamaähnlich)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.1 Stand (Verhältnis Breite : Länge)		1:4	<<<	<<	<	1:3	>	>>	>>>	2:3	
	Vorderbeine bodeneng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorderbeine bodenweit
	Hinterbeine bodeneng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinterbeine bodenweit
4.2 Vorderbeine Vorderansicht		>15°	≤15°	<10°	<5°	0°	<5°	<10°	≤15°	>15°	
	Linkes vorderbein x-beinig (Carpus Valgus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linkes Vorderbein o-beinig (Carpus Varus)
	Rechtes vorderbein x-beinig (Carpus Valgus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechtes Vorderbein o-beinig (Carpus Varus)
4.3 Vorderbein Fesselgelenk		>15°	≤15°	<10°	<5°	0°	<5°	<10°	≤15°	>15°	
	Linke Seite sehr stark nach außen gebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linke Seite sehr stark nach innen gebogen
	Rechte Seite sehr stark nach außen gebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechte Seite sehr stark nach innen gebogen
4.4 Vorderbeine Seitenansicht		<170°	170°	<175°	<180°	180°	<185°	<190°	190°	>190°	
	Linkes Vorderbein stark rückbiegig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linkes Vorderbein stark vorbiegig
	Rechtes Vorderbein stark rückbiegig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechtes Vorderbein stark vorbiegig
4.5 Hinterbeine Rückansicht		>10°	≤10°	5°	<5°	0°	<5°	5°	≤10°	>10°	
	Linkes Hinterbein stark kuhessig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linkes Hinterbein stark o-beinig
	Rechtes Hinterbein stark kuhessig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechtes Hinterbein stark o-beinig
4.6 Hinterbein Fesselgelenk		>15°	≤15°	<10°	<5°	0°	<5°	<10°	≤15°	>15°	
	Linke Seite sehr stark nach außen gebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linke Seite sehr stark nach innen gebogen
	Rechte Seite sehr stark nach außen gebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechte Seite sehr stark nach innen gebogen
4.7 Hinterbeine Seitenansicht		<125°	≥125°	>130°	>135°	140°					
	Linkes Hinterbein stark sichelbeinig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Rechtes Hinterbein stark sichelbeinig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4.8 vorbiegiges Fesselgelenk >90°	jedes Bein einzeln ankreuzen	HL	HR	VL	VR	nein					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4.9 Stuhlbeinigkeit >175°	Beina ankreuzen : HL HR VL VR	≥175°		≥170°		nein					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4.10 Weich in den Fesseln 30-60°	Beina ankreuzen : HL HR VL VR	≤ 30°		≤ 60°		nein					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5.1 Faser am Kopf	keine Faser am Kopf	1	2	3	4	5	6	7	8	9	zu stark bewollt (Augen zugewachsen)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2 Faser an den Beinen	Kahle Beine ohne Faserbewuchs	1	2	3	4	5					gleichmäßig Bewollung an den Beinen
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5.3 Faser am Körper	Faser Charakter am ganzen Körper ungleichmäßig	1	2	3	4	5					gleichmäßige Bewollung am ganzen Körper
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5.4 Faser Handle	Faser ist rau, stumpf, trocken und bricht leicht	1	2	3	4	5					sehr weiches Handle
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5.5 Weiße Abzeichen	Tier komplett weiß, oder weiße Abzeichen vorhanden	1	2	3	4	5					Gleichmäßige Farbe, keine weiße Abzeichen
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6.1.1 Faserdichte (Huacaya)	komplett offenes Vlies	1	2	3	4	5					Sehr dichtes Vlies
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6.1.2 Crimps pro Inch (2,54 cm) - Huacaya)											
6.2.1 Glanz der Faser (Suri)	kein Glanz vorhanden. Faser Stumpf und trocken.	1	2	3	4	5					Hochglänzendes Vlies
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6.2.2 Lockenstruktur (Suri)	Faser hängt völlig gerade ohne Locken oder Pencils	1	2	3	4	5					Faser hat eine ausgeprägt Locken/Pencil Struktur
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Gewicht in Kgs: _____

Widerristhöhe cm: _____

Kopf			*Disqualifizierende Befunde?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gesichtsverdreh.	Schwer $\geq 5^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	Augen	Entropium (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
Nüstern	Freie Atmung	nein <input type="checkbox"/>		Ektropium	ja <input type="checkbox"/>	
Ohren	deformiert (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		Verletzung	ja <input type="checkbox"/>	
	gerollt (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		Tränen (blockierter Kanal?)	ja <input type="checkbox"/>	
	Zu lang	ja <input type="checkbox"/>		Hornhauteintrübung	ja <input type="checkbox"/>	
	Zu kurz	ja <input type="checkbox"/>		Katarakt (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
Zähne	erfroren	ja <input type="checkbox"/>		Verd. Auf Blindheit (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Unterbiss $>4\text{mm}$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		Pers. Pup. -membran (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Überbiss $>4\text{mm}$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		Pigmentierung	Keine (Glassaugen) (DB*)	ja <input type="checkbox"/>

Kommentar:

Nacken und Körper			*Disqualifizierende Befunde?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kehlkopf	geschwollen	ja <input type="checkbox"/>	Halswirbel:	symmetrisch	nein <input type="checkbox"/>	
Nacken	Frei beweglich	ja <input type="checkbox"/>		Skoliose (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
Schwanz	Verdreht/geknickt	ja <input type="checkbox"/>	Rücken- und Beckenwirbel	Skoliose (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
Kommentar:				Lordose (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
				Kyphose (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	

Vorderbeine			*Disqualifizierende Befunde?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Vorderansicht	Bodenweit	ja <input type="checkbox"/>	Seitenansicht	vorständig	ja <input type="checkbox"/>	
	Bodeneng	ja <input type="checkbox"/>		rückständig	ja <input type="checkbox"/>	
X-Beinig	Gering $<5^\circ$	ja <input type="checkbox"/>		Winkelung OK?	nein <input type="checkbox"/>	
	Moderat $<10^\circ$	ja <input type="checkbox"/>		Stuhlbeinig	ja <input type="checkbox"/>	
	Schwer $\leq 15^\circ$	ja <input type="checkbox"/>		Nach hinten überdehnt	ja <input type="checkbox"/>	
O-Beinig	Kritisch $>15^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	Seitenansicht rückbiegig	Gering $<175^\circ$	ja <input type="checkbox"/>	
Füße	Deutlich erkennbar	ja <input type="checkbox"/>		Moderat $165-175^\circ$	ja <input type="checkbox"/>	
	Nach innen rotiert	ja <input type="checkbox"/>		Schwer $<165^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Nach außen rotiert	ja <input type="checkbox"/>	Fessel	Krongelenk $>90^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Vielzehig (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		Durchtritt $<30^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	verwachsen (DB**)	ja <input type="checkbox"/>				

Hinterbeine			*Disqualifizierende Befunde?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rückansicht	Bodenweit	ja <input type="checkbox"/>	Seitenansicht	vorständig	ja <input type="checkbox"/>	
	Bodeneng	ja <input type="checkbox"/>		rückständig	ja <input type="checkbox"/>	
Kuhhässig	Gering $<5^\circ$	ja <input type="checkbox"/>	Winkelung	Stuhlbeinig	ja <input type="checkbox"/>	
	Moderat $<10^\circ$	ja <input type="checkbox"/>		Sichelbeinig	ja <input type="checkbox"/>	
	Schwer $>10^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	Sichelbeinig	Gering $<135^\circ$	ja <input type="checkbox"/>	
O-Beinig	Deutlich erkennbar	Moderat $<130^\circ$		ja <input type="checkbox"/>		
Füße	Nach innen rotiert	ja <input type="checkbox"/>	Fessel	Schwer $<125^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Nach außen rotiert	ja <input type="checkbox"/>		Krongelenk $>90^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Vielzehig (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	Durchtritt $<30^\circ$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		
	verwachsen (DB**)	ja <input type="checkbox"/>	Patella	Luxation (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	

Reproduktion			*Disqualifizierende Befunde?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hengst	Hodenödem	ja <input type="checkbox"/>	Beide Hoden	nicht in Scrotum (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
Hoden	Zu hart (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	Ein Hoden	Nicht in Scrotum (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Zu weich (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	Stute	Klitoris vergrößert (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
	Hodengröße in der Norm	nein <input type="checkbox"/>		Klitoris $< 1\text{cm}$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	
Kommentar:			Position d. Vulva	Normal ?	nein <input type="checkbox"/>	

Cardiovascular			*Disqualifizierende Befunde?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kommentar:			Herz	Nebengeräusche (DB*)	ja <input type="checkbox"/>	

Verschiedene Defekte			*Disqualifizierende Befunde?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zitzenposition	Exakt 4 (DB*)	nein <input type="checkbox"/>	Zehnnägel	Zu lang	ja <input type="checkbox"/>	
Hernien	Nabel $>1\text{cm}$ (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		verdreht	ja <input type="checkbox"/>	
	Hodensackbr. (DB*)	ja <input type="checkbox"/>		Abnormales Horn	ja <input type="checkbox"/>	

Bitte melden Sie alle Ihrer professionellen Ansicht als Veterinär entsprechenden Ausschlussgründe.

Als durchführender Veterinäre dieser Felduntersuchung bestätigt der Unterzeichner, dass das untersuchte Tier			
<input type="checkbox"/> Disqualifiziert	wurde wegen der oben angeführten Defekte	<input type="checkbox"/> frei von o.g. Defekten ist	
<input type="checkbox"/> Nachmessung von Gewicht/Größe/Hoden/Faser notwendig ist		<input type="checkbox"/> Nachmessung ist NICHT notwendig	
<input type="checkbox"/> ACHTUNG: Tier ist hybrid (DQ= -42 Punkte)			

Ort, Datum _____

AZVD Veterinär Nr. _____

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

AZVD Richter Nr. _____

Unterschrift (2. Unterschrift nur bei erneuter Vorstellung notwendig)

Ort, Datum _____

AZVD Richter Nr. _____

Unterschrift (2. Unterschrift nur bei erneuter Vorstellung notwendig)