

**KOMMISSION
FÜR PFERDELEISTUNGSPRÜFUNGEN
IN WESTFALEN
(KLW)**

BERICHT DES TURNIERTIERARZTES (Pferdepasskontrollen)

Gem. KLW-Beschluss sind die **Pferdepässe** von mind. 5 %
der genannten Pferde/Ponys (mind. jedoch 15 Pferde/Ponys) zu überprüfen!!

BV/PLS _____ ,
(Veranstaltungsort)

(Datum)

(Name des Tierarztes)

lfd. Nr.	Kopf-Nr.	Pferdename	Reiter	Pferdepassnummer	OB	MB*
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

lfd. Nr.	Kopf-Nr.	Pferdename	Reiter	Pferdepassnummer	OB	MB*
20					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen (Erklärung des Befundes):

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Tierarztes)

BITTE AUSGEFÜLLT ZURÜCK AN DEN KLW-VERTRETER!!!

