

**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!!!

