

**PILZBEFALL
ZERTIFIKAT DER NICHTANSTECKUNG**



Name des Pferdes _____

Name des Trainers _____

Tag der Untersuchung _____ Zeit der Untersuchung _____

Ort der Untersuchung _____

Section A

Ich habe das genannte Pferd untersucht. Ich bin überzeugt, dass der augenblickliche Pilzbefall nicht mehr ansteckend bei anderen Pferden ist.

Section B

Ich habe das genannte Pferd untersucht und eine Haarprobe an ein Labor hinsichtlich eines negativen Ergebnisses für Pilzbefall gegeben. Das negative Ergebnis des Labors liegt bei.

Section C

Ich habe das genannte Pferd untersucht und die Behandlung

mit folgendem Mittel: _____

beginnend mit folgendem Datum: _____

angeordnet.

Unterschrift des Tierarztes: _____

Name des Tierarztes: _____

Kontakt Telefon-Nummer: _____

Dieses Zertifikat muss das Pferd auf dem Transport zur Rennbahn begleiten und dem Rennbahntierarzt vorgelegt werden.

Dieses Zertifikat ist gültig bis 30 Tage nach dem Ausstellungsdatum.