

Aufnahmebogen

(Name des Kaninchens)

(Untersuchungsdatum, NZ)

(Alter / Geburtsdatum des Kaninchens)

männlich weiblich
(Geschlecht des Kaninchens)

(Gewicht des Kaninchens)

kastriert nicht kastriert
(Kastrationsstatus des Kaninchens)

(Farbe des Kaninchens)

(Beschreibung des Kaninchens)

Nicht geimpft Ja
(Impfstatus Myxomatose) (Datum und Impfstoff)

Nicht geimpft Ja
(Impfstatus RHD) (Datum und Impfstoff)

(kurzer Vorbericht)

(Name des Halters)

Untersuchung	Befund unauffällig	Befund auffällig
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarkleid, Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimhäute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelettsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin, Kot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamteindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Empfohlene Maßnahmen)