



FORMWERTBEURTEILUNG DES ÖRC



ORT/DATUM:

ÖHZB.

CHIPNUMMER:

ALTER.

GESCHLECHT:

FARBE:

RASSE:

Beschreibung durch den Formwertrichter:

--

	Vorzüglich	Sehr gut	Gut	Genügend	Nicht Genügend
Gesamteindruck					

Gesundheitskriterien

		OK	A
Gebiss:	Schere: _____	<input type="checkbox"/>	
	Zange: _____		<input type="checkbox"/>
	Vorbiss: _____		<input type="checkbox"/>
	Rückbiss: _____		<input type="checkbox"/>
Vollständigkeit	Komplett: _____	<input type="checkbox"/>	
	Es fehlen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hoden	Beide vorhanden: _____	<input type="checkbox"/>	
	Monorchid: _____		<input type="checkbox"/>
	Kryptorchid: _____		<input type="checkbox"/>

OK = Entspricht den Anforderungen

A = Ausschlussgrund

Formwertbeurteilung bestanden

JA / NEIN

Unterschrift des Formwertrichters: _____