

Datum der Meldung: _____

Mitarbeiter RSH eG: _____

Betriebsnr.:	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	

Geburtsdatum des Kalbes:	
Besamungsdatum:	
Geschlecht:	
Name Vater: mit allen Zusätzen z. B. HF	
Herdbuch-Nr./OM Vater:	
Name Vater der Mutter: wenn möglich	
OM Mutter d. Kalbes:	
OM Mutter der Mutter: wenn möglich	

KOPF	MISSBILDUNGEN	bitte ankr.
	<i>Unterkiefer verkürzt</i>	
	<i>Oberkiefer verkürzt</i>	
	<i>Gaumenspalt</i>	
	<i>Blindheit</i>	
	Fehlen der Augen	
	offene Schädeldecke	
	<i>Wasserkopf</i>	

RUMPF	MISSBILDUNGEN	bitte ankr.
	Nabelbruch	
	<i>offene Bauchhöhle</i>	
	Afterlosigkeit	
	<i>Darmverschluss</i>	
	Wasserkalb	

BEINE	MISSBILDUNGEN	bitte ankr.
	Sehnenstelzfuß, vorne	
	spastische Parese, hinten	
	<i>Doppelte Gliedmaßen</i>	
	<i>Fehlen von Gliedmaßen</i>	
	Lähmungen	
	Eselshuf (eine Klaue)	
	<i>Spinnengliedrigkeit</i>	

SONSTIGE	MISSBILDUNGEN	bitte ankr.
	Zwergwuchs	
	Haarlosigkeit	
	Fehlender Saugreflex	

TOT	bitte ankr.
Totgeburt	
Verendet nach Geburt	

Zeitpunkt des Verendens: _____

Zusätzliche Beschreibung:

Unterschrift MA RSH eG_____
Unterschrift Besitzer**Bitte senden Sie diese Meldung an:**

Fax: 04321/905-355 oder E-Mail: E.Hasenpusch@RsheG.de

oder Post: Rinderzucht Schleswig Holstein eG, Rendsburger Str. 178, 24537 Neumünster,
Tierärztliche Abteilung, zu Händen Dr. E. Hasenpusch