



**1. Deutscher Kartäuserkatzen CHA  
Zuchtverein e.V.  
(1. DCHA e.V.)**

Mitglied des 1. Deutschen Edelkatzenzüchterverbands e.V.  
Mitglied der Fédération Internationale Féline (FIFé)

[www.chartreux-club.de](http://www.chartreux-club.de)  
[www.kartaeuser-club.de](http://www.kartaeuser-club.de)

Geschäftsstelle:  
Gräfenbergstr. 6, D-65399 Kiedrich  
Tel. +49-6123- 63994  
Fax +49-6123- 904 932  
**Email: [info@chartreux-club.de](mailto:info@chartreux-club.de)**



## Gesundheitszeugnis

Für Zuchttiere, mit denen erstmalig ab dem 30.06.2012 gezüchtet wird. Bitte der Wurfmeldung beifügen.

Bitte beachten Sie die Zuchtrichtlinien des 1. DCHA e.V.(1. DEKZV e.V./Fife)  
und den CHA-Fife Rassestandard

### Daten der Katze

Name der Katze: .....  
Rasse: .....  
Farbe: .....  
Geschlecht: .....  
geboren am: .....  
Chip?  ja  nein  
gesetzt am: .....  
Chipnummer: .....

### Besitzer und/oder Züchter der Katze

Zwingername: .....  
Name: .....  
Straße: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: .....  
E-Mail: .....  
Mitglieds-Nr.: .....  
Zuchtbuch-Nr.: .....

### Gesundheits-Untersuchung (vom Tierarzt auszufüllen)

	ja	Nein
Ist das Tier gepflegt und in einem sehr guten Allgemeinzustand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Microchip an eine für das Tier gesundheitsgefährdende Stelle gewandert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein Parasitenbefall festgestellt? (Flöhe, Ektoparasiten, Endoparasiten o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind äußere Verletzungen vorhanden oder ersichtlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen erkennbare Schäden am Zentralnervensystem vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Schwanz-Anomalie vorhanden? (Knickschwanz, Knoten o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>ja</b>	<b>Nein</b>
Liegt eine Deformation des Bewegungsapparates vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Gelenkanomalie augenscheinlich vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Polydaktylie vorhanden? (Vielzehigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Brustkorb-Anomalie vorhanden? (FCK bzw. Pectus excavatum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Anomalie des Schädels vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind beide Augen in einem normalen und gesunden Zustand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind beide Augenlider in einem normalen und gesunden Zustand? (En-/Extropium o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Gebissfehlstellung vorhanden? (Kreuz-/Vorbiß-/ Unterbiß/ Hasenscharte o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein korrektes, regelmäßiges, normales Scherengebiss vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Zangengebiss vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Nabel in einem normalen Zustand? (kein Nabelbruch o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Katern

Sind beide Hoden tastbar?  ja  nein

Bemerkungen: .....

Sind Anomalien an den Genitalien festzustellen?  ja  nein

Wenn ja welche? .....

Bei Katzen

Sind Anomalien am Genital oder Milchleiste festzustellen?  ja  nein

Wenn ja welche? .....

	<b>ja</b>	<b>Nein</b>
Tests: FIV, FIP, FELV (für Zuchttiere vor der ersten Deckung obligatorisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DNA (fakultativ, aber ab dem 2. potenten Kater Pflicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppe (für Zuchttiere vor der ersten Deckung obligatorisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergebnis: _____		
Vollständiger Impfschutz bis zur 12. Lebenswoche, das bedeutet, 2 Impfungen gegen Katzenschunpfen und 2 Impfungen gegen Katzenseuche (9. und 12. Woche) und mindestens die erste Impfung gegen Leukose mit der 12. Lebenswoche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein aktueller, gültiger Impfschutz (nicht älter als ein Jahr) gegen Katzenschunpfen, Katzenseuche und Leukose vor? (für Zuchttiere obligatorisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfung gegen Tollwut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde ein Nationaler Heimtierausweis erstellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde ein EU-Heimtierausweis erstellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen und Sonstiges:

.....  
 .....

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Katze / Kater mit dem Namen

..... Chip. Nr. \_\_\_\_\_

am ..... und am ..... von mir geimpft und untersucht worden ist. Der gesundheitliche und pflegerische Gesamteindruck ist sehr gut. Das Tier zeigt zum jetzigen Zeitpunkt keine Anzeichen einer auf Tier und/oder Mensch übertragbaren Krankheit. Auch der Verdacht einer auf Tier und/oder Mensch übertragbaren Krankheit liegt zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum der Untersuchung

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Tierarzt

Praxisstempel