



**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.kartaesuser-club.de](http://www.kartaesuser-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: *Bea Della Casa-Prima*  
Rasse: *Chartreux CHA*  
Farbe: *blau*  
Geschlecht: *weiblich*  
geboren am: *18.11.2010*  
Chip?  ja  nein

gesetzt am: 15.01.2011

Chipnummer: 276097202046262

### Besitzer und/oder Züchter der Katze

Zwingername: *Coquin bleu*  
Name: *Karina Stelter.*  
Straße: *Im Krüß 45*  
PLZ / Ort: *21385 Oldendorf*  
Telefon: *0171/9349054.*  
E-Mail: *info@coquin-bleu.de*

Mitglieds-Nr.: 35314

Zuchtbuch-Nr.: 141681

### Gesundheits-Untersuchung (vom Tierarzt auszufüllen)

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

Liegt eine Deformation des Bewegungsapparates vor?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist eine Gelenkanomalie augenscheinlich vorhanden? (Hüftdisplasie o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist eine Polydaktylie vorhanden? (Vielzehigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist eine Brustkorb-Anomalie vorhanden? (FCK bzw. Pectus excavatum)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Liegt eine Anomalie des Schädels vor?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sind beide Augen in einem normalen und gesunden Zustand?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind beide Augenlider in einem normalen und gesunden Zustand? (En-/Extropium o.ä.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Gebissfehlstellung vorhanden? (Kreuz-/Vorbiß-/ Unterbiß/ Hasenscharte o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Liegt ein korrektes, regelmäßiges, normales Scherengebiss vor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Zangengebiss vor?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist der Nabel in einem normalen Zustand? (kein Nabelbruch o.ä.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Bei Katern</u></b>		
Sind beide Hoden tastbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen: .....		
Sind Anomalien an den Genitalien festzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja welche? .....		
<b><u>Bei Katzen</u></b>		
Sind Anomalien am Genital oder Milchleiste festzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja welche? .....		

Tests: FIV, FIP, FELV (für Zuchttiere vor der ersten Deckung obligatorisch)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> neg/neg/neg
DNA (fakultativ, aber ab dem 2. potenten Kater Pflicht)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Blutgruppe (für Zuchttiere vor der ersten Deckung obligatorisch)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
Ergebnis: _____		
Vollständige Grundimmunisierung? :1. Impfung Katzenschnupfen, Katzenseuche und Leukose –( 9. Lebenswoche), 2. Impfung Katzenschnupfen, Katzenseuche und Leukose – (12. Lebenswoche)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein aktueller, gültiger Impfschutz (nicht älter als ein Jahr) gegen Katzenschnupfen, Katzenseuche und Leukose vor? (für Zuchttiere obligatorisch)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfung gegen Tollwut?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde ein Nationaler Heimtierausweis erstellt.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Es wurde ein EU-Heimtierausweis erstellt.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen und Sonstiges:

.....

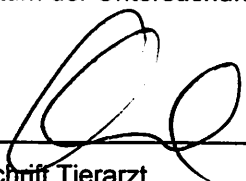
.....

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

*Bea Della Casa-Prima* Chip. Nr. 276097202046262

am 22.09.2012 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.

22.09.2012 Oerzen  
 Ort, Datum der Untersuchung

  
 Unterschrift Tierarzt

Praxisstempel

Tierärztliche Klinik Oerzen  
 Klinik und Praxis für Kleintiere  
 Praxis für Augenheilkunde  
 Osterwiese 10, 21409 Embsen-Oerzen  
 Telefon 04134 / 354