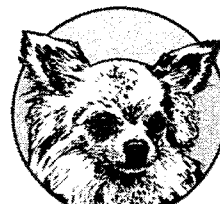


# Liste Wurfabnahme



Chihuahua-Club Austria

Name:



Zwingername:

Anschrift:

Normalgeburt  Kaiserschnitt

## 1. Mutterhündin:

Name:		<input type="checkbox"/> langhaar	<input type="checkbox"/> kurzhaar
Geburtsdatum Hündin:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.		
Patella Test:	Datum:	durch:	
Austellung:	Datum:	Formwert:	
Austellung:	Datum:	Formwert:	

## 2. Deckrüde:

Name:		<input type="checkbox"/> langhaar	<input type="checkbox"/> kurzhaar
Geburtsdatum Rüde:		Besitzer:	
ZuchtbuchNr.	ChipNr.		
Patella Test:	Datum:	durch:	
Austellung:	Datum:	Formwert:	
Austellung:	Datum:	Formwert:	

## 3. Welpen:

Name Welp 1:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:	<input type="checkbox"/> langhaar <input type="checkbox"/> kurzhaar		
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

Name Welp 2:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:	<input type="checkbox"/> langhaar <input type="checkbox"/> kurzhaar		
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

Name Welp 3:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:	<input type="checkbox"/> langhaar <input type="checkbox"/> kurzhaar		
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

Name Welp 4:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:	<input type="checkbox"/> langhaar <input type="checkbox"/> kurzhaar		
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

**Ich bestätige die Durchführung der Kennzeichnung der oben angeführten Welpen.**

Dieses Formular ist mit den anderen Wurfunterlagen an die für Sie zuständige Stelle des CCA bis zu einem Welpenalter von 10 Wochen einzusenden.

Ort, Datum:

Tierarzt/Züchter:

Unterschrift Züchter:

Stempel Tierarzt:

Zusatzblatt bei mehr als 4 Welpen:

Name Welpen 5:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:		<input type="checkbox"/> langhaar	<input type="checkbox"/> kurzhaar
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

Name Welpen 6:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:		<input type="checkbox"/> langhaar	<input type="checkbox"/> kurzhaar
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

Name Welpen 7:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:		<input type="checkbox"/> langhaar	<input type="checkbox"/> kurzhaar
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

Name Welpen 8:			
ZuchtbuchNr.	ChipNr.	<input type="checkbox"/> Rüde	<input type="checkbox"/> Hündin
Fellfarbe:		<input type="checkbox"/> langhaar	<input type="checkbox"/> kurzhaar
Gebiss:	Molera:	Hoden:	
Sonstiges:			

**Ich bestätige die Durchführung der Kennzeichnung der oben angeführten Welpen.**

Dieses Formular ist mit den anderen Wurfunterlagen an die für Sie zuständige Stelle des CCA bis zu einem Welpenalter von 10 Wochen einzusenden.

Ort, Datum:

Tierarzt/Zuchtwart:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Züchter:

\_\_\_\_\_  
Stempel Tierarzt: