



Landesverband der Rassekaninchenzüchter Württemberg und Hohenzollern e.V.

Mitglied im Zentralverband Deutscher Rasse-Kaninchenzüchter e.V. •ZDRK•



Impfnachweis über eine durchgeführte „RHD“-Schutzimpfung

Anschrift des Züchters bzw. der Züchterin

Name/Vorname: _____ Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____

Mitglied im Verein: Z _____ Kreisverband: _____

Lfd. Nr.	Rasse	Farbe	Geschlecht		Vereins- tätigkeit	Zuchtbuch- nummer
			1.0	0.1		
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bemerkungen:

Mit der Unterschrift des Tierarztes wird bestätigt, dass bei den oben aufgeführten Kaninchen die RHD-Schutzimpfung durchgeführt wurde.

_____, den _____

Stempel und Unterschrift Tierarzt/-in