

Veterinärinformation

Tävlingsplats: _____

Datum: _____

Veterinär ombedes fylla i formuläret nedan genom att sätta ett streck i aktuell ruta för vaje häst som hanteras.

| Hästbesiktning | | | |
|----------------|--------|-----|--------|
| Slag | | | |
| Typ | Hältor | Sår | Övrigt |
| Antal | | | |

| Skadad i samband med fall | | | | | | | |
|---------------------------|----------------|-----|--------|---------------------|-----|--------|--|
| Slag | Lättare skador | | | Allvarligare skador | | | |
| Typ | Hältor | Sår | Övrigt | Hältor | Sår | Övrigt | |
| Antal | | | | | | | |

| Skadad under tävling, ej fall | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|--|-----|--------|--|---------------------|--|-----|--------|
| Slag | Lättare skador | | | | | Allvarligare skador | | | |
| Typ | Hältor | | Sår | Övrigt | | Hältor | | Sår | Övrigt |
| Antal | | | | | | | | | |

Frivillig signatur _____