

# Formular Zahnschema

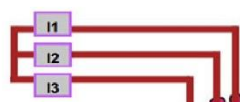

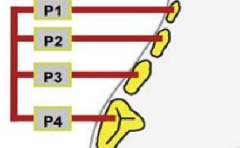



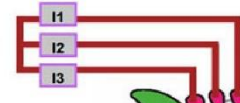

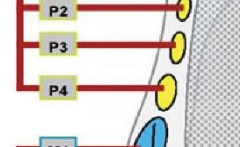
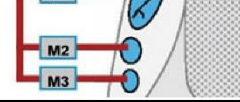
**Österreichischer Zwerghunde Klub (ÖZK)**



**Beilage zur Zuchtzulassungsprüfung**

Name:	
Zuchtbuchnr.:	Chip-/Täto-Nr.:
Rasse:	
Besitzer:	
Adresse:	
Anzahl der fehlenden Zähne:	

fehlende Zähne ankreuzen		Links	<b>Oberkiefer</b>	Rechts		fehlende Zähne ankreuzen
I1 oben links	<input type="checkbox"/>	Incisors		Incisors	I1	<input type="checkbox"/> I1 oben rechts
I2 oben links	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> I2 oben rechts
I3 oben links	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> I3 oben rechts
C1 oben links	<input type="checkbox"/>	Canine		Canine	C1	<input type="checkbox"/> C1 oben rechts
P1 oben links	<input type="checkbox"/>	Premolars		Premolars	P1	<input type="checkbox"/> P1 oben rechts
P2 oben links	<input type="checkbox"/>				P2	<input type="checkbox"/> P2 oben rechts
P3 oben links	<input type="checkbox"/>				P3	<input type="checkbox"/> P3 oben rechts
P4 oben links	<input type="checkbox"/>				P4	<input type="checkbox"/> P4 oben rechts
M1 oben links	<input type="checkbox"/>	Molars		Molars	M1	<input type="checkbox"/> M1 oben rechts
M2 oben links	<input type="checkbox"/>				M2	<input type="checkbox"/> M2 oben rechts

fehlende Zähne ankreuzen		Links	<b>Unterkiefer</b>	Rechts		fehlende Zähne ankreuzen
I1 unten links	<input type="checkbox"/>	Incisors		Incisors	I1	<input type="checkbox"/> I1 unten rechts
I2 unten links	<input type="checkbox"/>				I2	<input type="checkbox"/> I2 unten rechts
I3 unten links	<input type="checkbox"/>				I3	<input type="checkbox"/> I3 unten rechts
C1 unten links	<input type="checkbox"/>	Canine		Canine	C1	<input type="checkbox"/> C1 unten rechts
P1 unten links	<input type="checkbox"/>	Premolars		Premolars	P1	<input type="checkbox"/> P1 unten rechts
P2 unten links	<input type="checkbox"/>				P2	<input type="checkbox"/> P2 unten rechts
P3 unten links	<input type="checkbox"/>				P3	<input type="checkbox"/> P3 unten rechts
P4 unten links	<input type="checkbox"/>				P4	<input type="checkbox"/> P4 unten rechts
M1 unten links	<input type="checkbox"/>	Molars		Molars	M1	<input type="checkbox"/> M1 unten rechts
M2 unten links	<input type="checkbox"/>				M2	<input type="checkbox"/> M2 unten rechts
M3 unten links	<input type="checkbox"/>				M3	<input type="checkbox"/> M3 unten rechts

Datum	Name des Zuchtrichters / Zuchtwart / Tierarzt	Unterschrift
-------	---	--------------