



## Erhebungsformular: Abort

Betrieb: .....

Betriebsnummer: .....

Betroffene Tier-  
gruppen:  Kühe  Rinder  
 Erstkalbinnen  v.a. betriebseigene Tiere  
 v.a. zugekaufte / gealpte Tiere

Verteilung der Abkalbungen:  auf das ganze Jahr verteilt  
 saisonal: .....

Erstmaliges Zulassen der Rinder nach:  Alter: .....  Gewicht: .....  
 Jahreszeit: .....

KB  Natursprung  eigener Stier  fremder Stier

Nährzustand:  mager  fett  normal  Galfütterung

### Fütterung:

Futterbearbeitung:  Heubelüftung  Bodentrocknung

Heustock  Heuballen

Silage:  ja  nein

Zukauf von Kraftfutter:  ja  nein

Wenn ja, was: .....

Zusätze:  Mineralstoff  Viehsalz

andere: .....

Futtermittelanalysen:  durchgeführt  nicht durchgeführt

Bodenanalysen:  durchgeführt  nicht durchgeführt



**Aborte:**

Datum	Kuh	Alter der Kuh	Frischabort	Mumie	Trächtigkeitsmonat
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Durchschnittliches Absterbealter der Feten: ..... Monate

Durchschnittliches Alter der Feten bei Mumien: ..... Monate

Trächtigkeitsnummer:  1. Und 2. Geburt  spätere Laktationen  unterschiedlich

Veränderungen an den Fruchthäuten:  ja  nein

Saisonale Häufung:  ja  nein

Lokale Häufung:  ja  nein

Verwandtschaft:  ja  nein

**Bisherige Untersuchungen:**

	Negativ	Positiv
IBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rickettsien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptospiren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listerien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neospora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>