



Erhebungsformular: Abort

Betrieb: Betriebs-Nr.:

Seit wann treten vermehrt Aborte auf:

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

Zukauf von Tieren in den letzten Jahren: ja nein

Wenn ja, wann:

Verteilung der Abkalbungen: auf das ganze Jahr verteilt
 saisonal:

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

KB Natursprung eigener Stier fremder Stier

Treten bei den Kälbern Gesundheitsstörungen auf? ja nein

Wenn ja, welche? Kümmerer Durchfall Missbildungen
 andere:

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aborte:

Datum	Kuh / Nr.	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"/>
.....	<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

Verwandschaft: ja nein

Bisherige Untersuchungen:

	Negativ	Positiv
IBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neospora	<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"/>
Chlamydien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impfungen / Entwurmungen:

Gegen was	Impfstoff	Wer	Wann
.....
.....
.....