Name: _____ TVD Nr.:_____ Geb.:_____

Jahr	Brunst (B) Besamung (KB) Abbluten (A) Natursprung (NS)					Trächtigkeit Positiv	Abkalbe-datum	m w	Bemerkungen

Name:_____ **Gynäkologische Untersuchung**

Datum	Vul,BB,Vag	Cervix	Schleim	Uterus	l. ov.	r. ov.	US	Behandlung	Bemerkungen