



Vereinigung der Züchter, Besitzer und Freunde  
des Islandhundes in Deutschland e.V.



Diese Zahnkarte ist an die Zuchtbuchstelle zu senden.

Kathi Eicke, Heinrich-Steffens-Str. 7, 28777 Bremen, Tel.: 0421/681205, Mail: kathi.eicke@islandhund.org

**Zahnkarte**

Name des Hundes: \_\_\_\_\_ Zuchtbuch-Nr.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_

Name des Besitzers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Besitzers: \_\_\_\_\_

Zahnstellung:

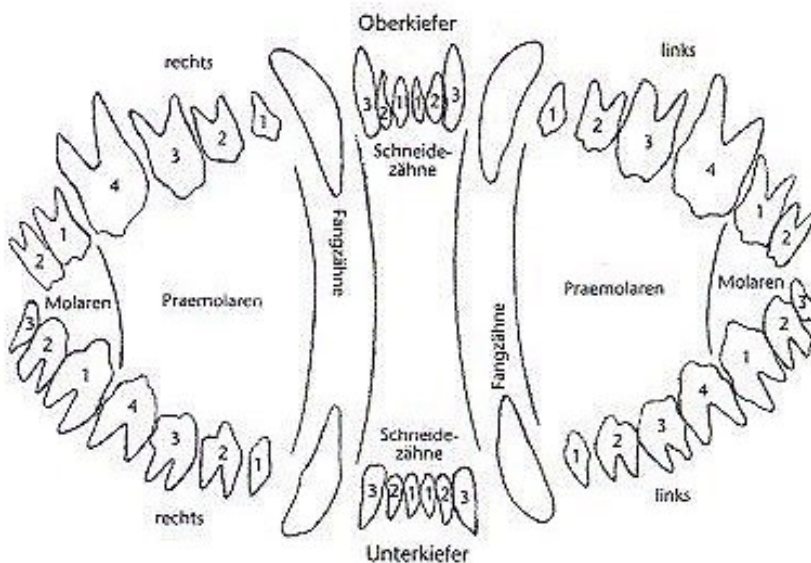
Schere

Zange

Vorbiss

Rückbiss

Vollzahinig:



Oberkiefer rechts											Oberkiefer links										
M2	M1	P4	P3	P2	P1	C	I3	I2	I1	I1	I2	I3	C	P1	P2	P3	P4	M1	M2		
<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"/>		
Unterkiefer rechts											Unterkiefer links										
M3	M2	M1	P4	P3	P2	P1	C	I3	I2	I1	I1	I2	I3	C	P1	P2	P3	P4	M1	M2	M3
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

fehlende Zähne bitte ankreuzen

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel des Tierarztes: \_\_\_\_\_