

Datum:

Betriebs ID: Lt. Datenbank

Prüftierarzt:

A1. Boxenmaße in cm (lichtes Maß)

	Breite	Länge Liegefläche	Kopffreiheit	Höhe Bugbrett	Nackenriegel- höhe	Schräge Länge (Nackenriegel- Kotkante)	Höhe Kotkante	Ausrichtung
Box 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.

Haltung: Zusatzbogen Boxenlaufstallabteil

	Breite	Länge Liegefläche	Kopffreiheit	Höhe Bugbrett	Nackenriegel- höhe	Schräge Länge (Nackenriegel- Kotkante)	Höhe Kotkante	Ausrichtung
Box 16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.
Box 18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ∞	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> n.v.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wandständig <input type="checkbox"/> gegenst. <input type="checkbox"/> sonst.

n.v. = nicht vorhanden

∞ = „unbegrenzt“