

| Name der Kuh | Grund der Untersuchung | Gebärmutter | Ovar links | Ovar rechts | Behandlung |
|--------------|---|---|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> TU Bes. Datum <input type="checkbox"/> SU | <input type="checkbox"/> ohne b. Befund <input type="checkbox"/> Pyometra <input type="checkbox"/> Flüssigkeit <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/> Brunstschleim <input type="checkbox"/> Zwillingsträchtig <input type="checkbox"/> Endometritis | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> 04. Tage <input type="checkbox"/> 10. Tage <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Besamung <input type="checkbox"/> Einlage |
| | <input type="checkbox"/> TU Bes. Datum <input type="checkbox"/> SU | <input type="checkbox"/> ohne b. Befund <input type="checkbox"/> Pyometra <input type="checkbox"/> Flüssigkeit <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/> Brunstschleim <input type="checkbox"/> Zwillingsträchtig <input type="checkbox"/> Endometritis | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> 04. Tage <input type="checkbox"/> 10. Tage <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Besamung <input type="checkbox"/> Einlage |
| | <input type="checkbox"/> TU Bes. Datum <input type="checkbox"/> SU | <input type="checkbox"/> ohne b. Befund <input type="checkbox"/> Pyometra <input type="checkbox"/> Flüssigkeit <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/> Brunstschleim <input type="checkbox"/> Zwillingsträchtig <input type="checkbox"/> Endometritis | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> 04. Tage <input type="checkbox"/> 10. Tage <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Besamung <input type="checkbox"/> Einlage |
| | <input type="checkbox"/> TU Bes. Datum <input type="checkbox"/> SU | <input type="checkbox"/> ohne b. Befund <input type="checkbox"/> Pyometra <input type="checkbox"/> Flüssigkeit <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/> Brunstschleim <input type="checkbox"/> Zwillingsträchtig <input type="checkbox"/> Endometritis | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> 04. Tage <input type="checkbox"/> 10. Tage <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Besamung <input type="checkbox"/> Einlage |
| | <input type="checkbox"/> TU Bes. Datum <input type="checkbox"/> SU | <input type="checkbox"/> ohne b. Befund <input type="checkbox"/> Pyometra <input type="checkbox"/> Flüssigkeit <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/> Brunstschleim <input type="checkbox"/> Zwillingsträchtig <input type="checkbox"/> Endometritis | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> 04. Tage <input type="checkbox"/> 10. Tage <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Besamung <input type="checkbox"/> Einlage |
| | <input type="checkbox"/> TU Bes. Datum <input type="checkbox"/> SU | <input type="checkbox"/> ohne b. Befund <input type="checkbox"/> Pyometra <input type="checkbox"/> Flüssigkeit <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/> Brunstschleim <input type="checkbox"/> Zwillingsträchtig <input type="checkbox"/> Endometritis | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> Follikel cm <input type="checkbox"/> Gelbkörper cm <input type="checkbox"/> Follikelzyste cm <input type="checkbox"/> Gelbkörperzyste cm <input type="checkbox"/> ohne Funktionskörper | <input type="checkbox"/> 04. Tage <input type="checkbox"/> 10. Tage <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Besamung <input type="checkbox"/> Einlage |