













Ohrmarkennummer	Name		Geburtsdatum / Uhrzeit
	Vater		Mutter
Geschlecht w. ♀ <input type="checkbox"/> m. ♂ <input type="checkbox"/>	Einling <input type="checkbox"/> Zwilling <input type="checkbox"/>	Geburtsgewicht	
Ausreichendes Kolostrum innerhalb von 3 Stunden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Milchmenge in Litern		Geburtsverlauf
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohne Unterstützung 
Kolostrumqualität   	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mit Unterstützung 
Medikamentengabe	Schwere Geburt 		
Notizen			

Ohrmarkennummer	Name		Geburtsdatum / Uhrzeit
	Vater		Mutter
Geschlecht w. ♀ <input type="checkbox"/> m. ♂ <input type="checkbox"/>	Einling <input type="checkbox"/> Zwilling <input type="checkbox"/>	Geburtsgewicht	
Ausreichendes Kolostrum innerhalb von 3 Stunden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Milchmenge in Litern		Geburtsverlauf
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohne Unterstützung 
Kolostrumqualität   	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mit Unterstützung 
Medikamentengabe	Schwere Geburt 		
Notizen			