



Untersucher

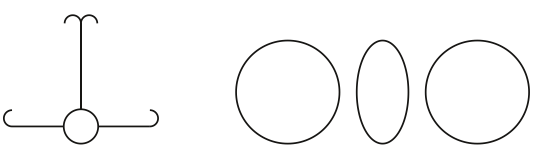
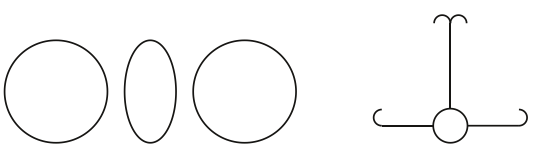
## Befundbogen Augenuntersuchung

Zwingername: \_\_\_\_\_ Name des Hundes: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Zuchtbuch-Nr.: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Farbe/Kennz: \_\_\_\_\_ Wurfdatum: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Untersuchungstechnik

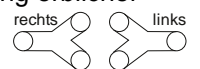
- Mydriatikum  Ophthalmoskopie  direkt  indirekt  Spaltlampe  Tonometrie  Genioskopie

### Untersuchungsergebnisse

<p>rechts</p>  <p>temp. _____ Foto <input type="checkbox"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Ant.</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Post.</td> </tr> <tr> <td>S.K.T Schlöz</td> <td style="text-align: center;">5,0 g _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">7,5 g _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>_____ mm HG</td> <td style="text-align: center;">10,0 g _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Ant.	Post.	S.K.T Schlöz	5,0 g _____	_____		7,5 g _____	_____	_____ mm HG	10,0 g _____	_____	<p>links</p>  <p>temp. _____ Foto <input type="checkbox"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Ant.</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Post.</td> </tr> <tr> <td>S.K.T Schlöz</td> <td style="text-align: center;">5,0 g _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">7,5 g _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>_____ mm HG</td> <td style="text-align: center;">10,0 g _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Ant.	Post.	S.K.T Schlöz	5,0 g _____	_____		7,5 g _____	_____	_____ mm HG	10,0 g _____	_____
	Ant.	Post.																							
S.K.T Schlöz	5,0 g _____	_____																							
	7,5 g _____	_____																							
_____ mm HG	10,0 g _____	_____																							
	Ant.	Post.																							
S.K.T Schlöz	5,0 g _____	_____																							
	7,5 g _____	_____																							
_____ mm HG	10,0 g _____	_____																							

Der unterzeichnende Tierarzt hat den o.g. Hund heute im Rahmen des Programms zur Bekämpfung erblicher Augenkrankheiten untersucht und dabei folgendes festgestellt:

- Linsenluxation     Primärglaukom     dypl. Lig. pect.  
 Distichiasis     Trichiasis     Entropium     Ektropium     Mikrophthalmie



Tränenpunktatresie

Mikrophthalmie

Collie Eye Anomalie Retina Dysplasie Persist. Hyperpl.-Tunica Vasc. Grauer Star Progressive Retina Atrophie	CEA Netzhautablösung Intraokulare Blutungen Kolobom RD PHTVL/PHPV Katarakt PRO	<input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei	nur bei Welpenuntersuchungen von kompletten Würfen eintragen. Anzahl der Welpen eines Wurfs: _____ davon CEA frei: _____
---	---	---	--

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Die Identität des Hundes wurde überprüft, eine Fotokopie des Abstammungsnachweises wurde vorgelegt und wird der zuständigen Erfassungsstelle zugeleitet.

Der unterzeichnende Tierarzt versichert und bestätigt, dass er über die erforderliche instrumentale Ausrüstung (direktes und indirektes Ophthalmoskop, Spaltlampe) sowie über das spezielle Fachwissen zur Beurteilung erblicher Erkrankungen des Auges verfügt.

Unterschrift des Eigentümers: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_

Verteilung:    1. Tierarzt    2. ZV    3. Zentrale Erfassungsstelle    4. Besitzer