



Befundbogen Augenuntersuchung

--	--	--

Untersucher

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

Untersuchungstechnik

- Mydriatikum Ophthalmoskopie direkt indirekt Spaltlampe Tonometrie Gonioskopie

Untersuchungsergebnisse

<p style="text-align: center;">rechts</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>temp. _____ Foto <input type="checkbox"/> _____ S.K.T Schlöz _____ _____ mm HG</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 33%;">Ant.</td><td style="width: 33%;">Post.</td></tr> <tr><td>5,0 g</td><td>_____</td></tr> <tr><td>7,5 g</td><td>_____</td></tr> <tr><td>10,0 g</td><td>_____</td></tr> </table>	Ant.	Post.	5,0 g	_____	7,5 g	_____	10,0 g	_____	<p style="text-align: center;">links</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>temp. _____ Foto <input type="checkbox"/> _____ S.K.T Schlöz _____ _____ mm HG</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 33%;">Ant.</td><td style="width: 33%;">Post.</td></tr> <tr><td>5,0 g</td><td>_____</td></tr> <tr><td>7,5 g</td><td>_____</td></tr> <tr><td>10,0 g</td><td>_____</td></tr> </table>	Ant.	Post.	5,0 g	_____	7,5 g	_____	10,0 g	_____
Ant.	Post.																
5,0 g	_____																
7,5 g	_____																
10,0 g	_____																
Ant.	Post.																
5,0 g	_____																
7,5 g	_____																
10,0 g	_____																

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

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Linsenluxation | <input type="checkbox"/> Primärglaukom | <input type="checkbox"/> dyspl. Lig. pect. | |
| <input type="checkbox"/> Distichiasis | <input type="checkbox"/> Trichiasis | <input type="checkbox"/> Entropium | Tränenpunktatresie
<input type="checkbox"/> Mikrophthalmie |

Collie Eye Anomalie Membrana Pupillaris Persistens Retina Dysplasie Persist. Hyperpl.-Tunica Vasc. Grauer Star Progressive Retina Atrophie	CEA Netzhautablösung Intraokulare Blutungen Kolobom MPP RD PHTVL/PHPV Katarakt PRA	<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 Wurfes: _____ 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