

ÖGONUNDERSÖKNING



Ras	Födelsedatum	Kön Hane <input type="checkbox"/> Tik <input type="checkbox"/>
------------	---------------------	---

Hundens namn	Stamboks nr.
---------------------	---------------------

Ägare	Mikrochip nr.
--------------	----------------------

Adress	Öronmärkning
---------------	---------------------

Postnummer	Postadress	Tel. nr.
-------------------	-------------------	-----------------

Tidigare undersökt	Datum	Veterinär

Härmed försäkrar jag att ovan angivna hund är den som har lämnats av mig till veterinär för denna undersökning. Jag medger att resultatet av undersökningen lämnas till SJR för registrering och är införstådd med att uppgifterna i SJR:s register får lämnas ut.

Ägarens underskrift

Undersökningsort	Datum
-------------------------	--------------

Pupilldil Ja Oftalmoskopi: direkt indirekt Spaltlampa förstoring ggr Övrigt:.....

UNDERSÖKNINGSRESULTAT

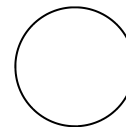
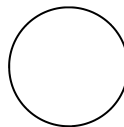
0=normalt

Närmare beskrivning

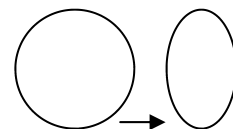
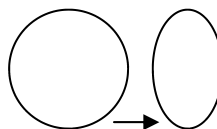
Höger öga

Vänster öga

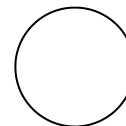
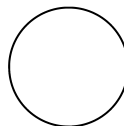
Ögonbotten



Lins



Övrigt



Av undersökningen framgår att hunden enligt min uppfattning:

Inte visar symptom på

Visar symptom på

Datum

Enligt min bedömning sannolikt ärftligt ja nej kan f.n. ej bedömas

Hunden bör undersökas igen:

.....
Veterinärens underskrift

.....
Namnförtydligande