



Untersucher

## Befundbogen Augenuntersuchung

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

### Untersuchungstechnik

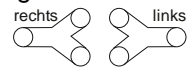
- Mydriatikum     Ophthalmoskopie  direkt     indirekt     Spaltlampe     Tonometrie     Gonioskopie

### Untersuchungsergebnisse

<p style="text-align: center;">rechts</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div> <p style="text-align: right;">temp. _____</p> <p>Foto <input type="checkbox"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">S.K.T Schlöz</td> <td style="width: 20%;">Ant. 5,0 g</td> <td style="width: 20%;">Post. _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7,5 g</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ mm HG</td> <td>10,0 g</td> <td>_____</td> </tr> </table>	S.K.T Schlöz	Ant. 5,0 g	Post. _____		7,5 g	_____	_____ mm HG	10,0 g	_____	<p style="text-align: center;">links</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div> <p style="text-align: left;">temp. _____</p> <p>Foto <input type="checkbox"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">S.K.T Schlöz</td> <td style="width: 20%;">Ant. 5,0 g</td> <td style="width: 20%;">Post. _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7,5 g</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ mm HG</td> <td>10,0 g</td> <td>_____</td> </tr> </table>	S.K.T Schlöz	Ant. 5,0 g	Post. _____		7,5 g	_____	_____ mm HG	10,0 g	_____
S.K.T Schlöz	Ant. 5,0 g	Post. _____																	
	7,5 g	_____																	
_____ mm HG	10,0 g	_____																	
S.K.T Schlöz	Ant. 5,0 g	Post. _____																	
	7,5 g	_____																	
_____ mm HG	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:

- Linsenluxation     Primärglaukom     dyspl. Lig. pect.  
 Distichiasis     Trichiasis     Entropium     Ektropium



- Tränenpunktatresie  
 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 <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	<p style="text-align: center;">nur bei Welpenuntersuchungen von          kompletten Würfen eintragen.</p> 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 Ophtalmoskop, Spaltlampe) sowie über das spezielle Fachwissen zur Beurteilung erblicher Erkrankungen des Auges verfügt.

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

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