

Befundbogen Augenuntersuchung



Deutscher
Collie-Club e.V.

Sitz: Gießen
Mitglied im Verband für das Deutsche Hundewesen e.V. (VDH) in Dortmund
Angeschlossen der Federation Cynologique Internationale (FCI)

Name des Hundes _____

Besitzer:

Name _____

Rasse Collie Langhaar Collie Kurzhaar

Vorname _____

Zuchtbuch-Nr. _____

Straße _____

Wurfdatum _____

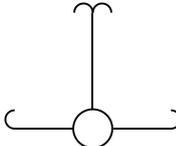
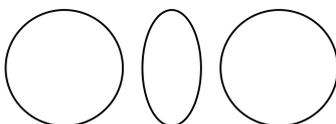
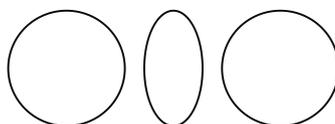
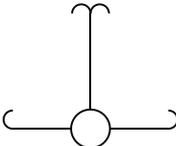
PLZ/Ort _____

Chip-Nr. _____

Untersuchungstechnik

Mydriatikum Ophthalmoskopie direkt indirekt Spaltlampe Tonometrie Gonioskopie

Untersuchungsergebnisse

		rechts		links			
							
temp.						temp.	
<input type="checkbox"/> Foto		Ant.	Post.	Ant.	Post.	<input type="checkbox"/> Foto	
S.K.T Schlöz		5,0 g	_____	5,0 g	_____	S.K.T Schlöz	
		7,5 g	_____	7,5 g	_____		
_____ mm HG		10,0 g	_____	10,0 g	_____	_____ mm HG	

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 Mikrophthalmie



Collie Eye Anomalie	CEA	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei	<input type="checkbox"/> choroid. Hypoplasie <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> Sonstige:
---------------------	-----	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

Membrana Pupillaris Persistens	MPP	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> nicht frei
Retina Dysplasie	RD	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> nicht frei
Persist. Hyperpl.-Tunica Vasc.	PHTVL/PHPV	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> nicht frei
Grauer Star	Katarakt	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> nicht frei
Progressive Retina Atrophie	PRA	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> nicht frei

Bemerkungen: _____

Die Identität des Hundes wurde anhand des Mikrochips überprüft.

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 des Tierarztes: _____