

Befundbogen Augenuntersuchung

Angaben zu Hund und Eigentümer

Rasse: Golden Retriever Wurfstag: 18.6.00 Geschlecht: Männlich Weiblich
 Chip-/Täto-Nr.: 968000000381619 ZB-Nr.: DRC-G 0623184
 Name des Hundes: Carlisle and can it be

Bisherige Untersuchungen: Nein Ja Datum: 5.6.07 DNA-Tests: Nein Ja
 Frei Zweifelhaft Nicht frei Typ: _____

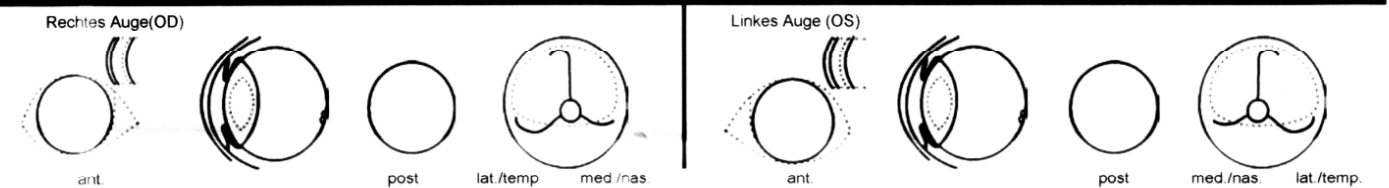
Claudia Borchert
(Name des Eigentümers)
Tannenstr. 9
(Strasse)
42799 Leichlingen
(PLZ, Wohnort)

Der Unterzeichnende bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist und dass die Untersuchungsergebnisse für Veröffentlichungen oder andere zweckdienliche Verwendungen zur Verfügung stehen.
 Unterschrift des Eigentümers:

Nur vom Gutachter auszufüllen!

Untersuchung Identifikation des Hundes

Technik: Mydriatikum Spaltlampen-Biomikroskopie Mikrochip: richtig falsch fehlt
 Tonometrie indirekte Ophthalmoskopie Tätowierung: richtig falsch fehlt
 Gonioskopie direkte Ophthalmoskopie
 Foto Weitere: _____



Untersuchungsergebnisse

Untersuchungsdatum:	Tag	Monat	Jahr	FREI	ZWEIFEL-HAFT	NICHT FREI
2. DRC-Geschäftsstelle (rosa)* 3. Tierarzt (grün) Verteiler: 1. Hundebesitzer (Original)				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Multi)fokal <input type="checkbox"/> geografisch <input type="checkbox"/> total	<input type="checkbox"/> (Multi)fokal <input type="checkbox"/> geografisch <input type="checkbox"/> total
	1. Retinadysplasie (RD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ch. Hypoplasie <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> ch. Hypoplasie <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> Sonstige
	2. Distichiasis / ektopische Zilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kurze Trabekel <input type="checkbox"/> Gewebebrücken <input type="checkbox"/> Total dyspl.	<input type="checkbox"/> Kurze Trabekel <input type="checkbox"/> Gewebebrücken <input type="checkbox"/> Total dyspl.
	3. Collie Eye Anomalie (CEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortikalis <input type="checkbox"/> Pol. post. <input type="checkbox"/> Sutura ant. <input type="checkbox"/> punctata <input type="checkbox"/> Nuklearis	<input type="checkbox"/> Cortikalis <input type="checkbox"/> Pol. post. <input type="checkbox"/> Sutura ant. <input type="checkbox"/> punctata <input type="checkbox"/> Nuklearis
	4. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	5. Dyspl. L. petinatum Abnormität (Goniodyspl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	6. Entropium / Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	7. Ektropium / Makroblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	8. Katarakt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	9. Persist. Hyperpl. - Tunica Vasc. (PHTVL/PHPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Progressive Retina Atrophie (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erkrankung-Nr.:				<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittelgradig	<input type="checkbox"/> hochgradig

Anmerkungen: _____

Der/die Unterzeichnende bestätigt, den o. g. Hund heute selbst untersucht, die Identität anhand der Ahnentafel überprüft und die genannten Befunde erhoben zu haben und eine Kopie dieses Formulars selbst an die DRC-Geschäftsstelle zu übersenden.
 Datum: 26.6.09

DR. MED. VET. H. NIEHOF-OELLERS
 Name: Dr. H. Niehof-Oellers
 Volmerwerther Straße 104
 40221 Düsseldorf
 Telefon 0211/15 30 70, Fax 0211/15 50 71
 Stempel / Unterschrift des Tierarztes