

BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG

Tier - Daten	Rasse		Farbe	
Name				
ZB-Nr.		Wurfdatum		Rüde <input type="checkbox"/> Hündin <input type="checkbox"/>
Chip-Nr.			Täto-Nr.	

Eigentümer	Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der oben beschriebene Hund mit dem zur Untersuchung vorgestelltem Tier identisch ist. Außerdem bin ich mit den Bestimmungen des Untersuchungsprogrammes und der Veröffentlichung und Verwendung für zweckdienliche Zwecke des Untersuchungsergebnisses einverstanden.			
Name	Unterschrift Eigentümer			
Adresse	Straße	PLZ	Wohnort	
	Ld			

Identifikation durch den untersuchenden Tierarzt	Tätowierungs-Kontrolle	richtig <input type="checkbox"/>	unleserlich <input type="checkbox"/>	falsch <input type="checkbox"/>	fehlt <input type="checkbox"/>
	Chip-Kontrolle	richtig <input type="checkbox"/>		falsch <input type="checkbox"/>	fehlt <input type="checkbox"/>
		Neuer Chip <input type="checkbox"/>	Nr.:		

Untersuchung	Standardmethode	Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie und Spaltlampen-Biomikroskopie ≥10x
	Zusätzlich	<input type="checkbox"/> direkte Ophthalmoskopie <input type="checkbox"/> Weitere: <input type="checkbox"/> Gonioskopie (ohne Mydriatikum) <input type="checkbox"/> Tonometrie (Applanation, ohne Mydriatikum) <input type="checkbox"/> Foto
		Eine zusätzliche präzisierende Urkunde ist nötig bei einer weiteren Methode

RECHTES AUGE (OD)	Foto's	LINKES AUGE (OS)	Foto's
ant.	post. lat./temp. med./nas.	ant.	post. med./nas. lat./temp.

Anmerkungen	gering <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>
	Nukleär <input type="checkbox"/>	post. Pol <input type="checkbox"/>	diffus <input type="checkbox"/>
N.B.: nicht frei von:	Name der Erkrankung / Die Erblichkeit ist bei dieser Rasse nicht definitiv geklärt		

Ergebnisse								
„Frei“: keine Anzeichen der genannten Erkrankung	*	**	*	**	Sehr geringe Anzeichen, die möglicher Weise auf die genannten erbliche Erkrankungen zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch	*	***	*
* „Nicht frei“: Die klinischen Anzeichen der genannten erblichen Erkrankungen sind vorhanden	frei	zweifelhaft	nicht frei	**	Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische Anzeichen der genannten erblichen Erkrankungen. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in _____ Monaten	frei	vorläuf. nicht frei	nicht frei
Membrana pupillaris persistens (MPP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Entropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/pers Primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 - 6	Ektropium /Makroblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katarakt (kongenital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Distichiasis /ektopische Zilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinadysplasie (RD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fokal <input type="checkbox"/> geografisch <input type="checkbox"/> total	Katarakt (nicht-kongenital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NII-Hypoplasie/Mikropapille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Linsenluxation Prim.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collie Augenanomalie (CEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> choroid.Hypopl. <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> sonstige	Retinadegeneration (PRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Retinadystrophie (PED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goniodysplasie (nur nach Gonioskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bisherige Untersuchung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ergebnis	frei <input type="checkbox"/>	nicht frei <input type="checkbox"/>	vorläufig nicht frei <input type="checkbox"/>	zweifelhaft <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------	-------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------------------

Untersuchender Tierarzt _____ Adresse / lesbarer Stempel des untersuchenden Tierarztes

Oben beschriebenes Tier wurde vom unterzeichnenden Tierarzt selbst untersucht und die oben genannten Befunde nach den Richtlinien des Untersuchungsprogramms erhoben.

Ort - Datum

Unterschrift des untersuchenden Tierarztes

