



Untersucher

# Befundbogen Augenuntersuchung

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

### Untersuchungstechnik

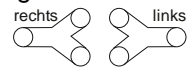
- Mydriatikum     Ophthalmoskopie     direkt     indirekt     Spaltlampe     Tonometrie     Gonioskopie

### Untersuchungsergebnisse

rechts			links		
temp. Foto <input type="checkbox"/>	Ant. _____	Post. _____	Ant. _____	Post. _____	temp. Foto <input type="checkbox"/>
S.K.T Schlöz _____	5,0 g _____	_____	5,0 g _____	_____	S.K.T Schlöz _____
_____ mm HG	7.5 g _____	_____	7.5 g _____	_____	_____ mm HG
	10,0 g _____	_____	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     Mikrophthalmie

Tränenpunktatresie

Mikrophthalmie

Collie Eye Anomalie	CEA	<input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei	nur bei Welpenuntersuchungen von kompletten Würfen eintragen. Anzahl der Welpen eines Wurfes: _____ davon CEA frei: _____
	Netzhautablösung	<input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei	
	Intraokulare Blutungen	<input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei	
	Kolobom	<input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> nicht frei	
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 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: \_\_\_\_\_