



## BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG

Name des Hundes		Rasse:		<input type="radio"/> Rüde/ <input type="radio"/> Hündin Bitte entsprechend ankreuzen
-----------------	--	--------	--	---

Name Hundehalter		Adresse: Hundehalter	
------------------	--	----------------------	--

Zuchtbuch-Nr.		Wurfdatum:		Farbe/Kennzeichen, ChipNr.	
---------------	--	------------	--	----------------------------	--

### UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE:

RECHTS			LINKS		
temp.			temp.		
Foto: <input type="checkbox"/> JA	Ant.	Post.	Foto: <input type="checkbox"/> JA	Ant.	Post.

Der unterzeichnende Tierarzt hat den o.g. Hund heute im Rahmen des Programms zur Bekämpfung erblicher Augenkrankheiten untersucht und dabei folgendes festgestellt.

<input type="checkbox"/> Linsenluxation	<input type="checkbox"/> Korneadystrophie	<input type="checkbox"/> Dysplastisches Ligamentum pectinatum	<input type="checkbox"/> Rechts.	<input type="checkbox"/> Links
<input type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/> Primärglaukom	<input type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/> Ektropium	<input type="checkbox"/> Mikrophthalmie

Collie Eye Anomalie	CEA	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Retinadysplasie	RD	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Persist. Hyperpl.-Tunica Vasc.	PHTV/PH PV	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Grauer Star	Katarakt	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Hypoplasie mikropapille		<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Progressive Retina Atrophie	PRA	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei

### UNTERSUCHUNGSTECHNIK:

(bitte verwendete Technik ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Mydriatikum	Ophthalmoskopie <input type="checkbox"/> dir. <input type="checkbox"/> indir.	<input type="checkbox"/> Spaltlampe	<input type="checkbox"/> Tonometrie	<input type="checkbox"/> Gonioskopie
--------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Besondere Bemerkungen : \_\_\_\_\_

Die Identität des Hundes wurde überprüft, eine Kopie des Abstammungsnachweises wurde vorgelegt und wird dem ZBA mit diesem Befund zugestellt.

Der unterzeichnende Tierarzt bestätigt, dass er über die erforderlichen Instrumente/Ausrüstung/direktes und indirektes Ophthalmoskop, Spaltlampe sowie über das spezielle Fachwissen zur Beurteilung erblicher Erkrankungen des Auges verfügt.

Unterschrift Eigentümer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel des Tierarztes