

# Besiktningssblankett

Veterinärintyg

HUND  KATT  ÖVR. SMÅDJUR

Besiktning begärd av:  Djurägare  Försäkringsbolag  Annan (vem?):  
 Med anledning av:  Försäkring  Försäljning/Överlåtelse  Annan anledning

Djurägare: Efternamn / förnamn: EGERMARK / THERESE Tel: 0703 508996 Fax:  
 Bostadsadress: GAMLA STRÖMANÄSV. 313 Postnummer: 15591 Postadress: Nykyrvan

Djurets signalement: Djurets namn: Wards Creek's Talking Gun Födelsedatum: 15 Maj 2010 Kön:  ♂  ♀  ♂  ♀  Kastrat  
 Ras: Dräryschnauzer p/s  
 Färg / hårlag: Pepp/salt sträv Särskilda kännetecken / ID: 484137 OF 48

Kliniska iakttagelser	1 Allmäntillstånd hull, storlek	2 Lynne	3 Hud, hårrem, tassar	4 Palpabla lymfknutor	5 Ögon	6 Öron	7 Munhåla, tänder och svalg
	<input checked="" type="checkbox"/> AT.u.a. <input type="checkbox"/> AT.nedsatt <input type="checkbox"/> Överviktig <input type="checkbox"/> Mager <input type="checkbox"/> Utmärglad <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Reserverad <input type="checkbox"/> Rädd <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Mjäll <input type="checkbox"/> Ohyra <input type="checkbox"/> Klåda <input type="checkbox"/> Tass/klo-förändringar <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Generellt förstorade <input type="checkbox"/> Lokalt förstorade <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Konjunktivit <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> Entropion <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> Ektropion <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> Hornhineskada <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Otit <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> kronisk <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Tandsten <input type="checkbox"/> Tandfraktur <input type="checkbox"/> Gingivit <input type="checkbox"/> Bettfel <input type="checkbox"/> Svalg ej undersökt <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.
	8 Bukorgan, buk palpation och rektalisering	9 Cirkulationsorgan	10 Respirationsorgan	11 Yttre genitalorgan	12 Rörelseorganen		
	<input type="checkbox"/> Navelbräck <input type="checkbox"/> Ljumsbräck <input type="checkbox"/> Prostata förstorad <input checked="" type="checkbox"/> Rektalisering ej utförd <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Blåsljud <input type="checkbox"/> Tecken på hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a. <u>vid auskultation</u>	<input type="checkbox"/> Näsflöde <input type="checkbox"/> Missljud vid ausk. <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Kryptorkid <input type="checkbox"/> Onormal testikelstorlek <input type="checkbox"/> Flytning <input type="checkbox"/> Juvertumör <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Hälta <input type="checkbox"/> Rörelsestörning <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Ömmar vid böjning/sträckning av: vä hö <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vä hö <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> armbåge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vä hö <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> knä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vä hö <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> höft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vä hö <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> övr.leder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ömmar vid palpation av rygg <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Patella luxation <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Kroksvans <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U.a.

Förklaring till anmärkning ovan

11. 2st normalt belägna testiklar

Allmänt omdöme / Råd

Underskrift: Nykyrvan Ort: Nykyrvan Datum: 20130411  
 Veterinär: [Signature] Namnförtydligande, klinikadress, telefon: Känsta Veterinärservice  
Maria Höjer Leg Vet 0702925259