

# Europäische Kynologische Union e.V. Ingolstadt

Geschäftsstelle:

Fam. Ernst - Kistnerstr. 2 - 85051 Ingolstadt - 08450-8765 - Fax 08450-7692

DHZ SV e.V. - Sparkasse Ingolstadt - BLZ 721 500 00 - Kto-Nr. 130 443 - IBAN-Nr.: DE6372150000000130443 BICSWIFT-Code: BYLADEM11ING

## BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG

<b>Tier - Daten</b>		Rasse <u>Rhodesian Ridgeback</u>	Farbe <u>redwheaten</u>
Name <u>Alisha Gasira Nara of Brownridge</u>			
ZB-Nr. <u>1RV 362694</u>	Wurfdatum <u>9. Aug. 2012</u>	Rüde <input type="checkbox"/>	Hündin <input checked="" type="checkbox"/>
Chip-Nr. <u>2760 941 80086182</u>	Tato-Nr.		

  

<b>Eigentümer</b>	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 <u>Geistes Claudia</u>	Unterschrift Eigentümer		
Adresse <u>Sommerberg 1</u>	Ld	PLZ	Wohnort <u>78078 Fischenbach</u>

  

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

  

<b>Untersuchung</b>	<b>Standardmethode</b>	Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie und Spaltlampen-Biomikroskopie $\geq 10\times$
<b>Zusätzlich</b>	<input checked="" type="checkbox"/> direkte Ophthalmoskopie <input type="checkbox"/> Gonioskopie (ohne Mydriatikum) <input type="checkbox"/> Tonometrie (Applanation, ohne Mydriatikum) <input type="checkbox"/> Foto	<input type="checkbox"/> Weitere: <u>Indirekte O.</u> Eine zusätzliche präzisierende Urkunde ist nötig bei einer weiteren Methode

  

<b>RECHTES AUGE (OD)</b>	<b>LINKES AUGE (OS)</b>
Foto's ant. post. lat./temp. med./nas.	Foto's 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 Erbllichkeit ist bei dieser Rasse nicht definitiv geklärt		

  

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

  

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



**Untersuchender Tierarzt**

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

Willingen 29.01.2015  
Ort - Datum

Adresse / lesbarer Stempel des untersuchenden Tierarztes



Unterschrift des untersuchenden Tierarztes