

Befundbogen - Augenuntersuchung

Besitzer (Zu- und Vorname): _____

Anschrift (PLZ, Ort, Straße): _____

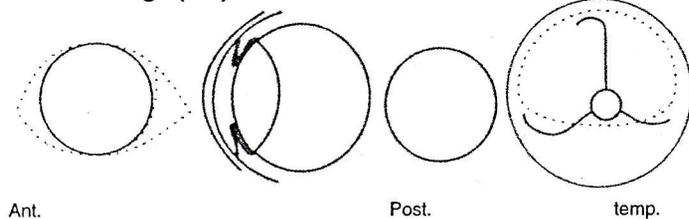
Rasse: _____ Rüde Hündin

Name des Hundes: _____

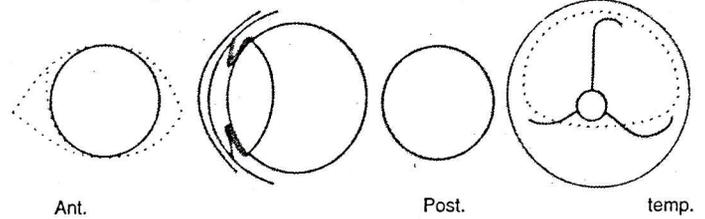
Zuchtbuch-Nr.: _____ Wurfdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____ Nr.: _____

Rechtes Auge (OD)



Linkes Auge (OS)



Ergebnisse:

		frei	zweifelhaft	nicht frei
Entropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ektropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linsenluxaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primärglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dyspl.Lig.pect.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrophthalmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angewandte Untersuchungstechnik:

Spaltlampe Mydriatikum Tonometrie Ophthalmoskopie dir. /indir. Gonioskopie

Beurteilung bitte ankreuzen -

Befund wird nebenstehend durch
Unterschrift und Praxis-Stempel des
untersuchenden Tierarztes bestätigt.

Unterschrift und Stempel des untersuchenden Tierarztes