



Schweizer Rassenhundezüchter

Befundbogen

AUGENUNTERSUCHUNG (ab 12 Monaten)

Halter Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Telefon / E-Mail _____

Angaben zum Hund

Rasse _____ Geschlecht _____

Name _____ Chip-Nr. _____

Wurftag _____ ZB.-Nr. _____

Fellfarbe / Typ _____ sonstiges _____

Gewicht _____ g Grösse _____ cm

Es haben sich folgende Befunde ergeben

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| Katarakt (kongenital) | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> zweifelhaft | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| PHTVL/PHPV | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> zweifelhaft | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| CEA (Collie Augenanom.) | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> zweifelhaft | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| RD (Retinadysplasie) | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> zweifelhaft | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| Nii –Hypoplasie/Mikropapille | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> zweifelhaft | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| MPP (Membrana pupillaris persistens) | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> zweifelhaft | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| sonstige | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> zweifelhaft | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| Distichiasis/ ektopische Zilien | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> vorläufig nicht frei | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| Katarakt (nicht kongenital) | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> vorläufig nicht frei | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| PED (Retinadystrophie) | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> vorläufig nicht frei | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| PRA (Retinadegeneration) | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> vorläufig nicht frei | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| Entropium | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> vorläufig nicht frei | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| Ektropium/Makroblepharon | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> vorläufig nicht frei | <input type="checkbox"/> nicht frei |
| Linsenluxation | <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> vorläufig nicht frei | <input type="checkbox"/> nicht frei |

Bemerkungen _____

Nachuntersuchung:

nein/ ja

Sonstiges: _____

Der unterzeichnende Tierarzt versichert, dass er die Identität des Hundes mittels Abstammungsnachweis und Chip überprüft hat.

Ort / Datum: _____ Stempel / Unterschrift: _____