



Befundbogen Augenuntersuchung

Angaben zu Hund und Eigentümer

Rasse: Labrador Retriever Wurfstag: 20.3.18 Geschlecht: Männlich Weiblich

Chip-/Täto-Nr.: 276094501126177 ZB-Nr.: L18 22407

Name des Hundes: Crosshairs Crashing

Bisherige Untersuchungen: Nein Ja Frei Zweifelhaft Datum: _____ DNA-Tests: Nein Ja Typ: _____

Maria Czepak
(Name des Eigentümers)

Brunner Buch 7
(Strasse)

46499 Hamminkeln
(PLZ, Wohnort)

Der Unterzeichnende bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist und dass die Untersuchungsergebnisse für Veröffentlichungen oder andere zweckdienliche Verwendungen zur Verfügung stehen.

Unterschrift des Eigentümers: Tania Czepak

Nur vom Gutachter auszufüllen!

Untersuchung		Identifikation des Hundes			
Technik:	<input checked="" type="checkbox"/> Mydriatikum <input type="checkbox"/> Tonometrie <input type="checkbox"/> Gonioskopie <input type="checkbox"/> Foto	<input checked="" type="checkbox"/> Spaltlampen-Biomikropsie <input checked="" type="checkbox"/> indirekte Ophthalmoskopie <input checked="" type="checkbox"/> direkte Ophthalmoskopie <input type="checkbox"/> Weitere:	Mikrochip:	<input checked="" type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch <input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch <input type="checkbox"/> fehlt

Rechtes Auge (OD)				Linkes Auge (OS)			
ant.	post.	lat./temp.	med./nas.	ant.	post.	lat./temp.	med./nas.

Untersuchungsergebnisse der als erblich angesehenen Augenerkrankungen

Untersuchungsdatum: 15.08.2020 Erkrankung-Nr.: _____ gering mittelgradig hochgradig

	FREI			ZWEIFELHAFT			NICHT FREI			FREI			VORLAUFIG NICHT FREI			NICHT FREI		
	*	**	***	*	**	***	*	**	***	*	**	***	*	**	***	*	**	***
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV)	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (kongenital)	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinadysplasie (RD)	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypoplasie-/Mikropapille	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Augenanomalie (CEA)	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige:	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dyspl. L. pectinatum Abnormalität (nur nach Gonioskopie)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärungen:

* „Frei“: Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. „Nicht frei“: Die klinischen Anzeichen der genannten erblichen Erkrankung sind vorhanden.

** Sehr geringe Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.

*** Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung inMonaten

Anmerkungen: _____

Der/die Unterzeichnende bestätigt, den o. g. Hund heute selbst untersucht, die Identität anhand der Ahnentafel überprüft und die genannten Befunde erhoben zu haben und eine Kopie dieses Formulars selbst an die DRC-Geschäftsstelle zu übersenden.

Datum: 15.8.2020

Name: DR. STEFAN HÜBNER
 Fachtierarzt für kleine Haustiere
 Hedderhagener Str. 92
 32791 Lage
 Stempel: _____