

Besiktigelse krevd av Dyreeier Agria Andre Hvem? Grunn Forsikring Salg/Overdragelse

Dyreeier Etternavn, fornavn *Berge, Ivar* Forsikringsnummer _____

Bostedsadresse *Strømsdalen 39* Postnummer *2009* Poststed *Rabangen*

Dyrets signalement Dyrets navn *Canò* Fødselsdato *9/10.2010* Kjønn Hann Hunn Hann Hunn Kastrett

Rase *Dogo Canario* ID/Registreringsnummer *97227400061478*

Dyrslag Hund Katt Fugl Annet Farge og spesielle kjennetegn *Bundh*

1	2	3	4	5	6	7										
Allmenntilstand kropp, størrelse	Gemytt	Hud, pels og poter	Palpabla lymfknutwr	Øyne	Ører	Munnhule, tenner og svelg										
<input type="checkbox"/> AT. u.a <input type="checkbox"/> Nedsatt AT <input type="checkbox"/> Overvektig <input type="checkbox"/> Mager <input type="checkbox"/> Avmagret <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Reservert <input type="checkbox"/> Redd <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Utslett <input type="checkbox"/> Flass <input type="checkbox"/> Otøy <input type="checkbox"/> Kløe <input type="checkbox"/> Pote-/kloforandringer <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Generelt forstørrede <input type="checkbox"/> Lokalt forstørret <input checked="" type="checkbox"/> Annet <i>U</i> <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Konjunktivitt <input type="checkbox"/> Entropion <input type="checkbox"/> Ektropion <input type="checkbox"/> Hornhineskade <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Otitt <input type="checkbox"/> akutt <input type="checkbox"/> kronisk <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Tannstein <input type="checkbox"/> Tannfraktur <input type="checkbox"/> Gingivitt <input type="checkbox"/> Bittefeil <input type="checkbox"/> Svelg ikke undersøkt <input checked="" type="checkbox"/> Annet <i>U</i> <input type="checkbox"/> U.a.										
8	9	10	11	12												
Bukorgan, buk, palpasjon og rektalisering	Sirkulasjonsorgan	Respirasjonsorgan	Ytre Kjønnorgan	Bevegelsesorgan												
<input type="checkbox"/> Navelbrokk <input type="checkbox"/> Lyskebrokk <input type="checkbox"/> Forstørret prostata <input type="checkbox"/> Rektalisering ikke utført <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Blåselyd <input type="checkbox"/> Tegn på hjertesvikt <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Nesesekret <input type="checkbox"/> Mislyd vid auskultasjon <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Kryptorkisme <input type="checkbox"/> Unormal testikkelstørrelse <input type="checkbox"/> Uttlod <input type="checkbox"/> Jursvulst <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Halthet <input type="checkbox"/> Bevegelse forstyrrelse <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Annet <input checked="" type="checkbox"/> U.a.	Smarter ved bøyning/strekking av: <table border="0"> <tr> <td>Skulder</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Albue</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Kne</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Hofte</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Andre ledd</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</td> </tr> </table>		Skulder	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nei	Albue	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Hofte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Andre ledd	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Skulder	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nei															
Albue	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei															
Kne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei															
Hofte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei															
Andre ledd	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei															

Forklaring til anmerkning ovenfor: *U* *høne lymfeknuter, kjever? finner forstørrede tonsiller*

Blir dyret behandlet for sykdom/skade? *Nei*

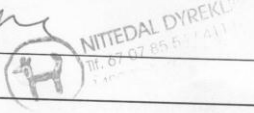
Dyret har, så vidt undertegnede vet, tidligere vært undersøkt/behandlet for:

Er røntgen, EKG, ultralyd eller øyenlysning gjennomført? Resultat: *U*

Generell oppfatning/råd *Fint gemytt*

Underskrift Sted og dato *Slattum 6/12.12* Veterinær *Damm*

Fakturanummer *ØVIND SAMWE* Navn med blokkstaver, klinikkadresse, telefon



LFAB 07685 Utg 00 NO5100 2009-10 Form & Profil