



Ifylles av djurägaren/vårdnadshavaren

Ras / Breed <i>Golden Retriever</i>	Födelsedatum / Date of birth <i>2006-04-14</i>	Kön / Sex <i>hane</i>
Hundens registrerade namn / Registered name of dog <i>Vassruggens Inla Beinfeldan</i>	Reg nr / Registered no. <i>5.315 75/2006</i>	
Ägarens namn / Name of owner <i>Annika Lindberg Ulla Frisk</i>		
Adress / Address <i>Dammv. 21 684 32 Munkefors</i>		Tel. nr. / Tel. no. <i>0523-50800</i>
Tidigare ögonundersökning / Previous examination	När? / Date	Av vem? / Examiner
Härmed försäkras jag att ovan angiven hund är den som av mig lämnats till veterinär för denna undersökning. Jag medger att resultatet av undersökningen lämnas till SKK för registrering och är införstådd med att uppgifterna i SKKs register får lämnas ut. / I declare that the dog submitted for examination is the one described above. I agree that the results of this examination will be registered with the Svenska Kennelklubben and will be made public.		
Undersökningsort / Place of examination <i>Karlstad</i>	Datum / Date <i>08/128</i>	Ägare/vårdnadshavare / Owner/agent <i>Annika Lindberg</i>

Örontatuering / Tattoo <i>3.15.75.W</i>	Chip nr / Chip	Kontrollerat (sign) / Confirmed (sign) <i>[Signature]</i>
--	----------------	--

Pupilldil / Mydriatic:  ja / yes *10*      Oftalmoskopi / Ophthalmoscopy:  direkt / direct  indirekt / indirect  
 Spaltlampa / Slit lamp:  (förstoring / magnification) *ggr*      Övrigt / Other:

**UNDERSÖKNINGSRESULTAT / RESULTS OF EXAMINATION**

	Närmare beskrivning	
	Höger öga / Right eye	Vänster öga / Left eye
Ö=normalt / O=normal Ögonbotten / Fundus	<i>O</i>	<i>O</i>
Lins / Lens	<i>O</i>	<i>O</i>
Övrigt / Other parts	<i>[Blank]</i>	<i>[Blank]</i>

Hylls av SKK / To be filled in by SKK

Kod	Top	Grad	Met

Av undersökningen framgår att hunden enligt min uppfattning / In my opinion the dog shows:

Inte visar symtom på / No signs of *PHA, katarakt, RD*

Visar symtom på / Signs of

Enligt min bedömning sannolikt arftligt / Presumed to be inherited:  ja / yes  nej / no  kan t.n. ej bedömas / currently unknown

Hunden bör undersökas igen / The dog should be re-examined:

Datum / Date *08/128*      Veterinärens underskrift / Signature of examiner *[Signature]*      Namn för djurägare / block capitals or stamp *ARBÖGA DJURKLINIK AB*

Leg. vet.  
**Erik Kjellgren**  
 Specialist i hundens  
 och kattens sjukdomar