


**DJURKLINIKEN**  
SKÅNES MITT

# Veterinärintyg

Besiktning begärd av	<input checked="" type="checkbox"/> Djurägare <input type="checkbox"/> Annan	Vem?	Med anledning av <input type="checkbox"/> Försäkring <input checked="" type="checkbox"/> Försäljning/ Överlåtelse					
Försäkrings- tagare	Efternamn, förnamn <b>Ottosson, Monica</b>		Försäkringsnummer					
	Utdelningsadress <b>Ljushem 3</b>		Postnummer och ort <b>241 32 Eslöv</b>					
Djurets signalement	Djurets namn <b>Elton</b>	Födelsedatum <b>2016-08-06</b>	Kön <input checked="" type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Hona					
	Ras <b>Schapendoes</b>	Kastrat <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Hon						
	Djurslag <input checked="" type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katt <input type="checkbox"/> Fågel	Övrigt	ID-/Registreringsnummer <b>968000010497841</b>					
Kliniska iakttagelser	<b>1</b> Allmäntillstånd, hull och storlek	<b>2</b> Lynne	<b>3</b> Hud, hårrem och tassar	<b>4</b> Palpabla lymfknutor	<b>5</b> Ögon	<b>6</b> Öron	<b>7</b> Munhåla, tänder och svalg	
	<input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Överviktig <input type="checkbox"/> Mager <input type="checkbox"/> Utmärglad <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Rädd <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Mjäll <input type="checkbox"/> Ohyra <input type="checkbox"/> Klåda <input type="checkbox"/> Tass/kloförändr. <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Generellt förstör. <input type="checkbox"/> Lokalt ansvållida <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	Konjunktivit <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Entropion <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Ektropion <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Hornhinneskada <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U a	Otit <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Tandsten <input type="checkbox"/> Tandfraktur <input type="checkbox"/> Gingivit <input type="checkbox"/> Beltfel <input type="checkbox"/> Svalg ej unders. <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	
	<b>8</b> Bukorgan, buk- palpation och rektalsering	<b>9</b> Cirkulations- organ	<b>10</b> Respirations- organ	<b>11</b> Yttre genitalorgan	<b>12</b> Rörelseorgan			
	<input type="checkbox"/> Navelbräck <input type="checkbox"/> Ljumsbräck <input type="checkbox"/> Prostate förstör. <input checked="" type="checkbox"/> Rektal. ej utf. <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Blåsljud <input type="checkbox"/> Tecken på hjärts <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Näslöfde <input type="checkbox"/> Missljud vid ausk. <input type="checkbox"/> Onormal andning <input type="checkbox"/> Positiv hostprovo <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Kryptorkid <input type="checkbox"/> Onormal testikelstorlek <input type="checkbox"/> Flytning <input type="checkbox"/> Juvertumör <input type="checkbox"/> För ung för slutgiltig bedömning av testikelstatus <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Hälta <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Rörelsestörning <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	Ömmar vid böjning/ sträckning av: Bog <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Armbåge <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Knä <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Höft <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Övriga leder <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö	Ömmar vid sträck- ning av rygg: <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Patellaluxation <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö Kroksvans <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> För ung för slutgiltig be- dömning av patellastatus <input type="checkbox"/> Övrigt <input checked="" type="checkbox"/> U a	
	Förklaring till anmärkning ovan:							
	Uppgifter angående ålder och ursprung enligt djurägare eller stamtavla.							
	Giltigt 7 dagar från utfärdandet							
	Underskrift	Ort och datum <b>Höör 2016-09-30</b>	Veterinär <b>Florin Gurban</b>		 <b>FLORIN GURBAN</b> Leg. vet.			