

DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ

Zvíře

Jméno

Plemeno

Pohlaví pes fena Datum narození Barva

Registrační číslo Číslo mikročipu

Tetování Předchozí oftal. vyš. ano ne Výsledek bez nálezu částečné změny změny neurčitý

Majitel

Jméno

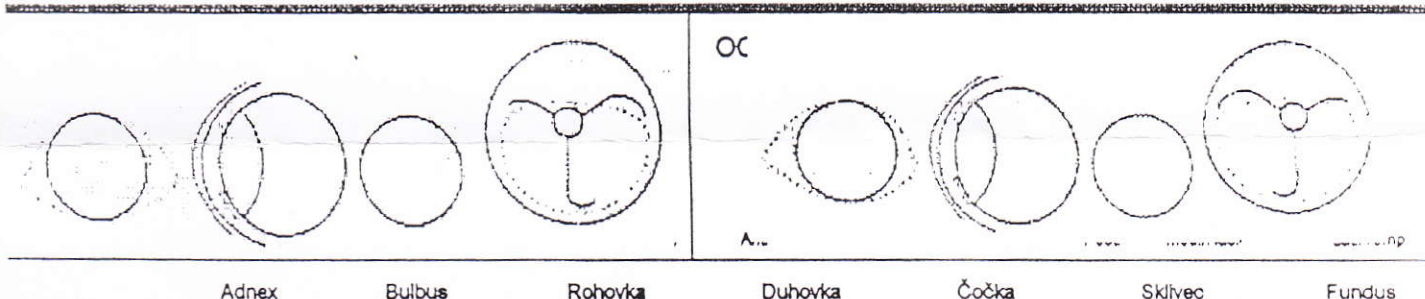
Bydliště Ulice Číslo. Město PSČ *POJNEŠTĚNÍ*

Telefon Stát

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

Vyšetření Datum **Identifikace** Tetování správné nečitelné nesprávné chybějící
Mikročip správný nesprávný chybějící

Metody přímá oftalmoskopie gonioskopie
 nepřímá oftalmoskopie funduskamera
 tonometrie (aplanační) ostatní



PROSTÉ
 NENÍ PROSTÉ / AFEKCE
POZNÁMKA

Všlatař

Zvíře - JE PROSTÉ - JE NEJASNÉ - JE DOČASNĚ PROSTÉ - NENÍ PROSTÉ - klinických příznaků typických pro dědičná oční onemocnění uvedená níže.

Platnost vyšetření na tato onemocnění je omezena na 12 měsíců

PROSTÉ*	NEJASNÉ**	NENÍ PROSTÉ	PROSTÉ	NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ***	NENÍ PROSTÉ
<input checked="" type="checkbox"/> Microphthalmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Palpebrální aplazie / Kolobom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ektropium / Euryblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Atrezie punct. lacrimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Perzistentní pupillární membrána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Goniodysplazie / Glaukom (prim.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Korneální dystrofie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PHTVL / PHPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Katarakta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Luxace čočky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> PRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Zvíře nevykazuje žádné klinické příznaky zmíněného onemocnění, naznačená to však, že nemůže být jeho nositelem
 ** Zvíře vykazuje změny, které mohou odpovídat uvedenému onemocnění, ale tyto změny nejsou pro uvedené onemocnění specifické
 *** Zvíře vykazuje změny, ale pro uvedené onemocnění specifické změny, diagnózu potvrdí další rozvoj onemocnění, doporučujeme zvíře znovu vyšetřit za 12 měsíců

Vyšetření provedl
MVDr. Jiří Beránek

VETERINÁRNÍ KLINIKA
MVDr. Jiří Beránek
Husova 1747, 530 03 Pardubice
tel./fax: 466 262 914, 603 272 796
certifikovaná služba