

Veterinärt besiktningsintyg KATT



Besiktning begärd av djurägare försäkringsbolag annan Med anledning av försäkring försäljning/överlåtelse annan

KATTÄGARE	Namn (för- och efternamn)	Telefon/mobiltelefon
	Gatuadress	Postnr och postadress

BESKRIVNING KATT	Kattens namn	Födelsedatum	Kön <input type="checkbox"/> hane <input type="checkbox"/> hona	Kastrat <input type="checkbox"/>
	Ras	Färg/mönster		
	Registreringsnummer	ID-nummer		

KLINISKA IAKTTAGELSER	1 Allmäntillstånd, hull, storlek	2 Lynne	3 Hud/päls, tassar/klor	4 Palpabla lymfknotor	5 Ögon	6 Öron	7 Munhåla, svalg och tänder
	Allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Nedsatt Hull, storlek <input type="checkbox"/> Överviktig <input type="checkbox"/> Underviktig <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Reserverad <input type="checkbox"/> Rädd <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	Hud/päls <input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Mjäll <input type="checkbox"/> Ohyra <input type="checkbox"/> Klåda Tassar/klor <input type="checkbox"/> Förändringar <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Generellt förstorade <input type="checkbox"/> Lokalt förstorade <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Konjunktivit <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Entropion <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Ektropion <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Hornhinneskada <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Otitis <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronisk <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Tandsten <input type="checkbox"/> Tandfraktur <input type="checkbox"/> Gingivit <input type="checkbox"/> Bettfel <input type="checkbox"/> Svalg ej undersökt <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.

8 Bukorgan, buk, palpation och rektalisering	9 Cirkulationsorgan	10 Respirationsorgan	11 Yttre genitalorgan	12 Rörelseorgan
<input type="checkbox"/> Navelbräck <input type="checkbox"/> Ljumskbräck <input type="checkbox"/> Förstorad prostata <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Blåsljud <input type="checkbox"/> Tecken på hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Näslöde <input type="checkbox"/> Missljud vid auskultation <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Kryptorkid <input type="checkbox"/> Onormal testikelstorlek <input type="checkbox"/> För ung för bedömning av testikelstatus <input type="checkbox"/> Flytning <input type="checkbox"/> Juvertumör <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Hälta <input type="checkbox"/> Rörelsestörning <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Ömmar vid böjning/sträckning av: <input type="checkbox"/> Bog/skuldra <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Armbåge <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Knä <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Höft <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Övriga leder <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.

Förklaring till anmärkning ovan

ALLMÄNT OMDÖME	
----------------	--

Underskrift

Ort	Veterinär
Datum	

Giltigt 7 dagar efter utfärdandet