

Veterinärt besiktningssintyg

ÖGONSPEGLING AV KATT



Kattförbundet SVERAK
Sveriges Kattklubbars Riksförbund
Åsbogatan 33, 504 56 Borås

Telefon vx. 033-10 15 65
Fax 033-10 08 99
sverak@sverak.se
www.sverak.se

IFYLLES AV KATTÄGAREN

Kattens namn		Födelsedatum	Kön <input type="checkbox"/> hane <input type="checkbox"/> hona	Kastrat <input type="checkbox"/>
Ras	Färg/mönster	Registreringsnummer		
Katten är tidigare ögonundersökt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja År: _____ Av: _____				
Kattägarens namn (för- och efternamn)			Personnummer (10 siffror ÅÅMMDD-XXXX)	
Gatuadress		Postnr och postadress		
Tel.nr	Mobiltel.nr	E-postadress		
Härmed försäkrar jag att ovan nämnda katt är den som av mig lämnats till veterinär för ögonspeglning. Jag medger att resultatet av undersökningen lämnas till Kattförbundet SVERAK för registrering och är införstådd att resultatet kommer att vara offentligt.				
Ort och datum		Kattägarens underskrift		
ID-nummer		Kontrollerat (sign)		

UNDERSÖKNING OCH VETERINÄRA ANTECKNINGAR

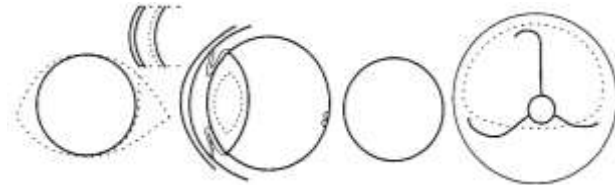
Pupilldil: Oftalmoskopi: direkt: indirekt:

KOD	TOP	GRAD	MET

Spalltampa: förstoring _____ ggr

Övrigt: _____

Höger öga

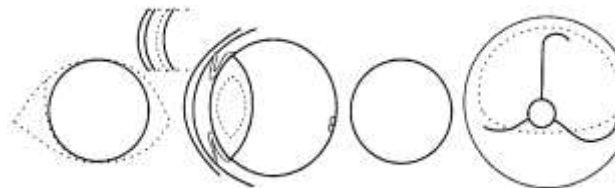


Ögonbotten: Normal

Lins: Normal

Kommentar: _____

Vänster öga



Ögonbotten: Normal

Lins: Normal

Kommentar: _____

Av ovanstående undersökning framgår att katten enligt min uppfattning

inte visar symptom på PRA Katarakt RD

visar symptom på PRA Katarakt RD Mild Måttlig Svår

Annan kommentar/rekommendation: _____

Uppföljning/katten bör undersökas igen: _____