

# Veterinärtyg Smådjur

<b>Besiktning begärd av</b>	<input type="checkbox"/> Djurägare <input type="checkbox"/> Annan (vem?): _____			Med anledning av: <input type="checkbox"/> Försäkring <input type="checkbox"/> Försäljning/Överlåtelse				
	Efternamn / förnamn _____			Försäkringsnummer _____				
<b>Försäkrings-tagare V.g texta</b>	Bostadadress _____			Postnummer _____ Postadress _____				
	Djurets namn _____			Födelsedatum _____	Kön <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Hon	Kastrat <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Hon		
<b>Djurets signalement</b>	Ras _____			ID-/Registreringsnummer _____				
	Djurslag <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katt <input type="checkbox"/> Fågel <input type="checkbox"/> Övrigt			Färg och särskilda kännetecken _____				
<b>Kliniska iakttagelser</b>	<b>1 Allmäntillstånd</b> Hull, storlek	<b>2 Lynne</b>	<b>3 Hud, hårrem och tassar</b>	<b>4 Palpabla lymfknotor</b>	<b>5 Ögon</b>	<b>6 Öron</b>	<b>7 Munhåla, tänder och svalg</b>	
	<input type="checkbox"/> AT.u.a <input type="checkbox"/> AT.nedsatt <input type="checkbox"/> Överviktig <input type="checkbox"/> Mager <input type="checkbox"/> Utmärglad <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. <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Mjäll <input type="checkbox"/> Ohyra <input type="checkbox"/> Klåda <input type="checkbox"/> Tass/kloförändring <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Generellt förstorade <input type="checkbox"/> Lokalt ansvällda <input type="checkbox"/> Utmärglad <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"/> Hornhineskada <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> Status u.a. <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> AT.u.a <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> kronisk <input type="checkbox"/> Utmärglad <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.	
	<b>8 Bukorgan, bukpalpation och rektalisering</b>	<b>9 Cirkulationsorgan</b>	<b>10 Respirationsorgan</b>	<b>11 Yttre genitalorgan</b>	<b>12 Rörelseorgan</b>			
	<input type="checkbox"/> Navelbräck <input type="checkbox"/> Ljumsbräck <input type="checkbox"/> Prostata förstorad <input type="checkbox"/> Rektalisering ej utförd <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 ausk. <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> Kryptorkid <input type="checkbox"/> Onormal testickelstorlek <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"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Ömmar vid böjning/sträckning av: _____ vä _____ hö _____ <input type="checkbox"/> bog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> av: _____ vä _____ hö _____ <input type="checkbox"/> armbåga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> av: _____ vä _____ hö _____ <input type="checkbox"/> knä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> av: _____ vä _____ hö _____ <input type="checkbox"/> höft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> av: _____ vä _____ hö _____ <input type="checkbox"/> övr.leder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ömmar vid sträckning av rygg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Patella luxation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Kroksvans <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.
	Förklaring till anmärkning ovan							
	-----							
	-----							
	<b>Behandlas djuret för sjukdom eller skada?</b>							
	<b>Djuret är enligt undertecknads kännedom tidigare undersökt/behandlad för:</b>							
	-----							
<b>Är röntgen, EKG, ultraljud eller ögonlysning utförd? Resultat:</b>								
-----								
<b>Allmänt omdöme/Råd</b>								
-----								
<b>Underskrift</b>	Ort och datum _____			Veterinär _____				
	Redov. nr _____		Namnförtydligande, klinikadress, telefon _____					