

Besiktning begärd av	<input type="checkbox"/> Djurägare <input type="checkbox"/> Agria <input type="checkbox"/> Annan			Vem?	Med anledning av									
Försäkrings-tagare	Efternamn, förnamn				Försäkringsnummer									
	Utdelningsadress				Postnummer och ort									
Djurets signalement	Djurets namn			Födelsedatum	Kön		Kastrat							
	Ras			ID-/Registreringsnummer		<input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Hon								
	Djurslag			Övrigt		Färg och särskilda kännetecken								
<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katt <input type="checkbox"/> Fågel														
Kliniska iakttagelser	<b>1 Allmäntillstånd, hull och storlek</b>		<b>2 Lynne</b>		<b>3 Hud, hårrem och tassar</b>		<b>4 Palpabla lymfknotur</b>		<b>5 Ögon</b>		<b>6 Öron</b>		<b>7 Munhåla, tänder och svalg</b>	
	<input type="checkbox"/> 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"/> Rädd <input type="checkbox"/> Aggressiv <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/kloförändr. <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U a		<input type="checkbox"/> Generellt förstörade <input type="checkbox"/> Lokalt ansvållda <input type="checkbox"/> Övrigt <input 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 Hornhineskada <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 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 förstörad <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"/> Onormal andning <input type="checkbox"/> Positiv hostprovokation <input type="checkbox"/> Övrigt <input 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 type="checkbox"/> U a		<input type="checkbox"/> Hälta <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Rörelsestörning <input type="checkbox"/> Övrigt <input 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 sträckning av rygg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Patellaluxation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kroksvans <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> För ung för slutgiltig bedömning av patellastatus <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U a			
	Förklaring till anmärkning ovan:													
	.....													
	Behandlas eller har djuret behandlats/undersökts för sjukdom eller skada, enligt undertecknads kännedom?													
	.....													
	Är röntgen, EKG, ultraljud eller ögonlysning utförd? Resultat													
	Allmänt omdöme/Råd													
													Giltigt 7 dagar från utfärdandet	
Underskrift	Ort och datum			Veterinär				Ombudsnummer						
	Namnförtydligande, klinikadress, telefon, e-post													