

Besiktning begärd av	<input type="checkbox"/> Djurägare <input type="checkbox"/> Agria <input type="checkbox"/> Annan			Vem?	Med anledning av		<input type="checkbox"/> Försäkring <input type="checkbox"/> Försäljning/ <input type="checkbox"/> Överlåtelse
Försäkrings-tagare	Efternamn, förnamn				Försäkringsnummer		
	Utdelningsadress				Postnummer och ort		
Djurets signalement	Djurets namn			Födelsedatum		Kön	Kastrat
	Ras			ID-/Registreringsnummer		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀
	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, hårem 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"/> 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 förstorade <input type="checkbox"/> Lokalt ansvällda <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 Hornhinneskada <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 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"/> 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"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U a	<input type="checkbox"/> Hälta <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Rörelsestörn <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 Krokxvans <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <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			Namnförtydligande, klinikadress. Telefon, e-post			
	Veterinär						