

Besiktningensblankett				Veterinärintyg		
				<input type="checkbox"/> Hund		
Besiktning begärd av:		<input type="checkbox"/> Djurägare <input type="checkbox"/> Försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Annan (vem?):		Med anledning av:		
				<input type="checkbox"/> Försäkring <input type="checkbox"/> Försäljning/överlåtelse <input type="checkbox"/> Annan anledning		
Hundägare						
Efternamn / förnamn			Tel		Email	
Bostadsadress			Postnummer		Postadress	
Hunden						
Namn			Ras		Färg/hårslag	
Födelsedatum			Kön: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		DNA - TEST. Ja. Nej	
Id-nummer/Särskilda kännetecken:						
1 Allmän-tillstånd hull, storlek	2 Lynne	3 Hud, hårrem, tassar	4 Palpabla lymfknutor	5 Ögon	6 Öron	7 Munhåla, tänder och svalg
<input type="checkbox"/> A.T. 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"/> Utslag <input type="checkbox"/> Mjäll <input type="checkbox"/> Ohyra <input type="checkbox"/> Klåda <input type="checkbox"/> Tass/kloförändringar <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"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Otit <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, rektalisering	9 Cirkulationsorgan	10 Respirationsorgan	11 Yttre genitalorgan	12 Rörelseorganen		
<input type="checkbox"/> Navelbräck <input type="checkbox"/> Ljumsbräck <input type="checkbox"/> Prostataförstorad <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 auskultation <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"/> Rörelsestörning <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	Ömmar vid böjning/sträckning av: <input type="checkbox"/> bog <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"/> övr. leder <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö	Ömmar vid palpation av: rygg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Patella luxation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Kroksvans <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.
Förklaring till anmärkningar ovan						
Allmänt omdöme/Råd:						
Ort	Veterinär			Namnförtydligande		
Datum						