



**SVENSKA
KENNELKLUBBEN**
HUNDÄGARFARNAS RIKSORGANISATION

SHAR PEI-PROJEKT

Eye-tacking av valp

Besiktning vid eye-tacking av valp eller kullsyskon till valp som genomgått eye-tacking, utförd av för Shar pei-projektet utsedd veterinär.

HUND			
Avser valp	<input type="checkbox"/> under 6 månader	<input type="checkbox"/> över 6 månader	Ålder (dagar/veckor/månader)
Hundens namn			Registreringsnummer
ID-nummer	Födelsedatum		Kön: <input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Tik
Hårlag:	<input type="checkbox"/> horse	<input type="checkbox"/> brush	<input type="checkbox"/> bear
Hull:		<input type="checkbox"/> mager	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> överviktig
Tidigare utförd tacking		<input type="checkbox"/> Ja, datum.....	<input type="checkbox"/> Nej
Tidigare utförd ögonkirurgi		<input type="checkbox"/> Ja, datum.....	<input type="checkbox"/> Nej
Om Ja på något av ovanstående – ange veterinär, klinik och metod på nästa sida.			
Moderns registrerade namn			Registreringsnummer
Faderns registrerade namn			Registreringsnummer

ÄGARE	
Namn	Telefon
Härmed försäkrar jag att ovan angivna uppgifter är korrekta, och att samtliga uppgifter på detta intyg får användas i Shar pei-projektet med syfte att förbättra rasens hälsa.	
Ort och datum	Ägarens/vårdnadshavarens underskrift

ÖGONSTATUS I ANSLUTNING TILL EYE-TACKING AV AKTUELL VALP ELLER KULLSYSKON							
Undersökningsdatum							
Öppna ögon	HÖGER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	VÄNSTER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Utan anmärkning		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Se nedan			
Entropion	HÖGER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> övre <input type="checkbox"/> undre	<input type="checkbox"/> Nej	VÄNSTER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> övre <input type="checkbox"/> undre <input type="checkbox"/> Nej
Hornhinneförändring	HÖGER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		VÄNSTER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tacking utförd idag	HÖGER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> övre <input type="checkbox"/> undre	<input type="checkbox"/> Nej	VÄNSTER	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> övre <input type="checkbox"/> undre <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja på något av ovanstående – beskriv och rita på nästa sida.							

ÖVRIGA KOMMENTARER	
Foto taget:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

VETERINÄRENS UNDERSKRIFT	
Jag försäkrar att jag idag har kontrollerat ID-nummer och undersökt ovan angivna hund.	<input type="checkbox"/> Hunden ej ID-märkt
Ort och datum	Plats för stämpel
Underskrift	
Namnförtydligande	

Original till SKK, 1 kopia till ägare, 1 kopia till veterinär



**SVENSKA
KENNELKLUBBEN**
HUNDÄGARNA S RIKSORGANISATION

YTTERLIGARE INFORMATION

Veterinär, klinik och metod vid tidigare utförd tacking och/eller tidigare utförd ögonkirurgi

Beskrivning ögonstatus

Illustration ögonstatus