

Hundeschutz – Verband – Bordesholm e.V.

ein Verband für alle Hunde – HS-V- e.V.

Tel.: 0 43 22 / 34 62 * Fax: 0 43 22 / 88 73 55



An den
HS-V- e.V.
Im Wiesengrund 27

24582 Bordesholm

Besitzer: _____
Straße: _____
PLZ/ Ort: _____
Tel.: _____
Email: _____

Name des Hundes: _____

ZB.-Nr.: _____ Chip-Nr.: _____

WT: _____ R / H - Farbe: _____

Der Ahnenpass hat zum Vergleich vorgelegen Ja Nein

Mit den Untersuchungsmethoden bin ich als Besitzer einverstanden: _____
(Datum) (Unterschrift Besitzer)

Augen-Untersuchungen lt. ECVO-Formular:

(European College of Veterinary Ophthalmologists)

(wenn für die Zuchttauglichkeit: Großrassen ab 18 Monate / Kleinrassen ab 15 Monate)

Vom unterzeichnenden Tierarzt wurde oben bezeichneter Hund am: _____ nach den Richtlinien zur Erfassung von erblichen Augen-
erkrankungen untersucht. - Eine Sedierung wurde vorgenommen mit _____ ja nein

Standardmethode: Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie ► 10 x

Zusätzlich: Direkte Ophthalmoskopie Gonioskopie (ohne Mydriatikum)
Tonometrie (Applanation, ohne Mydriatikum) Foto

Weitere Methode: _____
(bitte genauere Beschreibung auf der Rückseite erstellen)

Anmerkungen: _____ Augenerkrankung Nr.: _____ unbekannt gering
mittelgradig hochgradig

Nicht frei von _____ die Erblichkeit ist bei dieser Rasse noch nicht
(Name dieser Erkrankung) eindeutig geklärt

Ergebnisse für wahrscheinlich erbliche Augenkrankheiten: _____ Bescheinigt für 12 Monate

	frei*	zweifelhaft**	nicht-frei			frei*	vorläufig nicht frei***	nicht frei*	
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iris Linse	Cornea Vorderkammer	11. Entropium/ Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persistierende Hyperpl. Tunika vasculosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 1		12. Ektropium/Makroblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lentis/primärer Glaskörper (PHTVL / PHPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 2-6		13. Distichiasis/ektopische Zilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (kongenial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(Multi) fokal Geografisch Total Cortivalis	14. Korneadystrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinadysplasie (RD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5. Hypoplasie -/ Mikropapille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			15. Katarakt (nicht-kongenital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Augenanomalie (CEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choroid. Hypoplasie Kolobom sonstige		16. Linsenluxation (primär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			17. Retinadegeneration (PRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dyspl. L. pectinatum Abnormalität (nur nach Gonioskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kurze Trabekel Gewebebrücken Total dyspl.		18. Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Erklärungen:

* „Frei:“ Keine Anzeichen der als erblich geltenden Augenerkrankung-„Nicht frei:“ die klinischen Anzeichen der erblichen Krankheit sind vorhanden!

** „sehr geringe Anzeichen“, die u.U. als erbliche Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber noch nicht ausreichend.

*** „das Tier zeigt geringfügige Anzeichen, der als erblich geltenden Augenerkrankung. Daher werden Kontrollen der weiteren Entwicklung in _____
_____ Monaten erforderlich. Sonstiges: _____

(Ort)

(Datum)

Stempel

(Unterschrift des Tierarztes)