

**DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ**

**Zvíře**

Jméno  Plemeno

Pohlaví  pes  fena Datum narození  Barva

Registrační číslo  Číslo mikročipu

Tetování  Předchozí oftal. vyš.  ano  ne Výsledek  bez nálezu  částečné změny  změny  neurčitý

**Majitel**

Jméno

Bydliště Ulice  Číslo.  Město  PSČ

Telefon  Stát

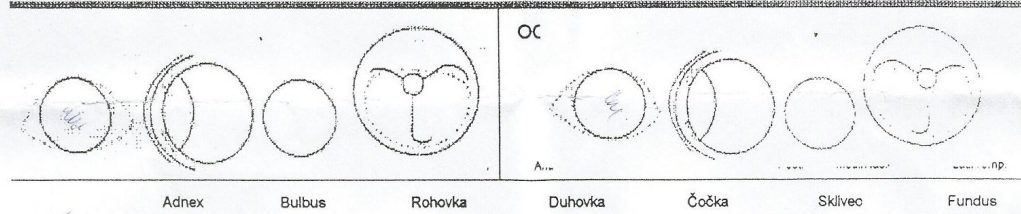
Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

**Vyšetření** **Identifikace**

Datum  Tetování  správné  nečitelné  nesprávné  chybějící

Metody  přímá oftalmoskopie  nepřímá oftalmoskopie  tonometrie (aplanační)  gonioskopie  funduskamera  ostatní

Mikročip  správný  nesprávný  chybějící



**PROSTÉ**

NENÍ PROSTÉ / AFEKCE

POZNÁMKA

Zvíře - **NE** PROSTÉ - JE NEJASNÉ - JE NEJASNÉ - NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ - NENÍ PROSTÉ - klinických příznaků typických pro dědičná oční onemocnění uvedená níže.

PROSTÉ*	NEJASNÉ**	NENÍ PROSTÉ	PROSTÉ	NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ***	NENÍ PROSTÉ
<input type="checkbox"/> Microphthalmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Palpebrální aplazie / Kolobom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ektropium / Euryblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atrezie punct. lacrimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Perzistentní pupilární membrána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Goniodyspazie / Glaukom (prim.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Korneální dystrofie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PHTVL / PHPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Katarakta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Luxace čočky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Zvíře nevykazuje žádné klinické příznaky zmíněného onemocnění, neznámá to však, že nemůže být jeho nositelem  
 \*\* Zvíře vykazuje změny, které mohou odpovídat uvedenému onemocnění, ale tyto změny nejsou pro uvedené onemocnění specifické  
 \*\*\* Zvíře vykazuje změny, ale pro uvedené onemocnění specifické změny, diagnózu potvrdí další rozvoj onemocnění, doporučujeme zvíře znovu vyšetřit za 12 měsíců 5002057035

**Vyšetření provedl:** MVDr. Jiří Beránek

VETERINÁRNÍ KLINIKA  
 MVDr. Jiří Beránek  
 Husova 1747, 530 03 Pardubice  
 tel./fax: 466 262 914, 603 272 796  
 nepřetvářka