

### DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ

**Zvíře**

Jméno DON QUINOTE CHEEK TO CHEEK

Plemeno ZLATÝ RETRIEVER

Pohlaví  pes  fena Datum narození 8.4.2008 Barva ZLATA

Registrační číslo CP/GR/13411/2009 Číslo mikročipu 25 02 696 023 59 484

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

**Majitel**

Jméno MILAN ZAVEL

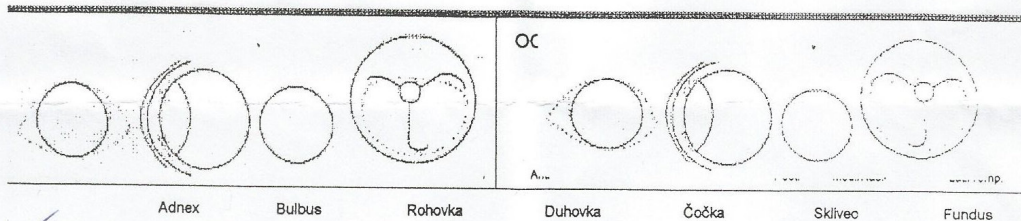
Bydliště Ulice RADOPOV Číslo. 192 Město KYJELKA PSČ 36272

Telefon  Stát ČR

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů Milan Zavel

**Vyšetření** Datum 5/3 2015 **Identifikace** Tetování  správné  nečitelné  nesprávné  chybějící Mikročip  správný  nesprávný  chybějící

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



**PROSTÉ**  
 **NENÍ PROSTÉ**  
 **/ AFEKCE**  
**POZNÁMKA**

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

Platnost vyšetření na tato onemocnění je omezena na 12 měsíců

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

\* Zvíře nevykazuje žádné klinické příznaky zmíněného onemocnění, neznamená 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.

Vyšetření provedl MVD: Jiří Beránek

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