

FORMULIER "INVENTARISATIE GEZONDHEIDSKENMERKEN"



Eigenaar:.....

Adres:.....

Woonplaats:.....

De kat is bij voorkeur tenminste 12 maanden oud op het moment van het onderzoek

Naam: Geboortedatum:.....

Ras: Stamboomnr.:

Kleur/EMS code..... Chipnr.:

N=Normaal / Afw.=Afwijkend.

Katers: beide teelballen aanwezig: Ja Nee

Voor alle fokkatten:

- | | | | |
|---------------|--|--------------------------|--|
| 1.Navelbreuk: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | 4.Verdacht op Entropion: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 2.Flatchest: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | 5.Verdacht op Ectropion: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 3.Knikstaart: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | 6.Poly-/Oligodactylie: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Skeletdeformaties:

- | | | | |
|--------------------|--|----------------|--|
| 7.Schedel: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. | 10.Poten: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. |
| 8.Romp: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. | 11.Rugwervels: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. |
| 9.Patella Luxatie: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. | 12.Dwerggroei: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Ogen:

- | | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| 13.Grootte en Vorm: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. | 15.Traanstrepen: | <input type="checkbox"/> Niet / <input type="checkbox"/> Wel |
| 14.Scheel zien: | <input type="checkbox"/> Niet / <input type="checkbox"/> Wel | 16.Traanogen: | <input type="checkbox"/> Niet / <input type="checkbox"/> Wel |

Luchtwegen:

- | | | | |
|---------------|--|----------------|--|
| 17.Neus: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. | 19.Snorharen: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. |
| 18.Neusgaten: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. | 20.Ademhaling: | <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Afw. |

Kaken:

- | | | | |
|--------------------|--|-------------------|--|
| 21.Onderbeet >2mm: | <input type="checkbox"/> Niet / <input type="checkbox"/> Wel | 22.Overbeet >2mm: | <input type="checkbox"/> Niet / <input type="checkbox"/> Wel |
| 23.Scheve kaak: | <input type="checkbox"/> Niet / <input type="checkbox"/> Wel | | |

TOELICHTING BIJ OPMERKINGEN:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum onderzoek:

Handtekening dierenarts en stempel