

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.:

Afwijkend* = graag toelichten in het opmerkingenveld

Geslacht: Kater Poes **Katers:** beide teelballen aanwezig en ingedaald: 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"/> Afwijkend* | 10.Poten: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Afwijkend* |
| 8.Romp: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Afwijkend* | 11.Rugwervels: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Afwijkend* |
| 9.Patella Luxatie: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Afwijkend* | 12.Dwerggroei: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Ogen:

- | | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| 13.Grootte en Vorm: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Afwijkend* | 15.Traanstrepen: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 14.Scheel zien: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | 16.Traanogen: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Luchtwegen:

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

Kaken:

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

Fiv/Felv: Negatief Positief

Toelichting en/of aanvullende opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

Datum onderzoek:

Handtekening dierenarts en stempel