



**IG RasseHunde Züchter  
(RhZ)**

1. Vorstand: Frau Christine Andres, Hamburger Str. 80, 63073 Offenbach a. Main

Tel. 069 / 89999241

Bitte ausgefüllt einsenden an Frau Roswitha Link, Horster Hauptstr.17,D-26446 Friedeburg

<http://www.cdk-eborn.de>

**Befundbogen Augenuntersuchung (für 12 Monate)**

Die Auswertung des Hundes:

Name des Hundes:

Rasse: \_\_\_\_\_ Varietät: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich Wurfstag: \_\_\_\_\_

Fellfarbe:

Augenfarbe links: \_\_\_\_\_ Augenfarbe rechts: \_\_\_\_\_

Fellfarbe des Hundes: \_\_\_\_\_

Chip-Nr.: \_\_\_\_\_ Zuchtbuch-Nr. \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätigt der Eigentümer des Hundes, dass der oben beschriebene Hund, das zur Untersuchung vorgestellte Tier ist. Er versichert, dass keine Korrekturoperationen vorgenommen wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Eigentümers

**hat folgende(n) Befund(e) ergeben:**

	frei	zweifelh.	nicht frei		frei	vorl. nicht frei	nicht frei
1. Katarakt (kongenital)				2. Katarakt (nicht kongenital)			
3. PHTVL/PHPV				4. PED (Retinadystrophie)			
5. CEA (Collie Augenanom.)				6. PRA (Retinadegeneration)			
7. RD (Retinadysplasie)				8. Entropium			
9. NI – Hypoplasie/Mikropapille				10. Ektropium/Makroblepharon			
11. MPP (Membrana pupillaris persistens)				12. Linsenluxation			
13. sonstige .....				14. Distichiasis/ ektopische Zilien			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Tierarztes