

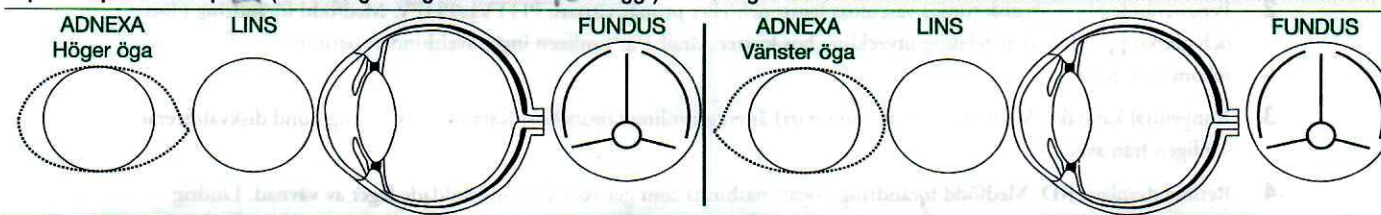


Fylls i av ÄGARE/INNEHAVARE AV AVELSRÄTT/FODERVÄRD * Nedan endast kallad ägare TO BE FILLED IN BY OWNER/AGENT

Ras Breed <i>Golden retriever</i>	Reg.nr. Registered no. <i>SE120782019</i>
Hundens registrerade namn Registered name of dog <i>Kvenfield Fijero</i>	Födelsedatum Date of birth <i>7/1 2019</i>
Kön Sex <i>Hanne</i>	
Örontatuering Tattoo	Chip nr. Chip <i>9910000003023938</i>
Ägares namn* Name of Owner/agent <i>Thomas Flores</i>	Mejladress E-mail address <i>hes@kvenfield.se</i>
Tel. nr. Tel. no. <i>070 7260870</i>	
Tidigare ögonlysning Previous examination <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Härmed försäkras jag att ovan angiven hund är den som av mig lämnats till veterinär för denna undersökning. Jag medger att resultatet av undersökningen lämnas till SKK för registrering och jag är införstådd med att resultatet kommer att registreras av SKK och vara offentligt. I declare that the dog submitted for examination is the one described above. I agree that the result of this examination will be registered with the Svenska Kennelklubben and made public.
När Date	
Av vem Examiner <i>16/1 2024</i>	
Undersökningsort Place of examination	Datum Date <i>16/1 2024</i>
	Ägare* Owner/agent <i>Thomas Flores</i>

UNDERSÖKNINGSRESULTAT RESULTS OF EXAMINATION ifylles av SKK To be filled in by SKK

Pupilldil / Mydriatic: Oftalmoskopi / Ophthalmoscopy: indirekt / indirect direkt / direct
Spaltlampa / slit lamp: (förstoring / magnification.....ggr) Övrigt / Other:.....



DIAGNOSER

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|
| 1 Persisterande pupillmembran, PPM | <input type="checkbox"/> Iris/iris | 11 Entropion | <input type="checkbox"/> Medial |
| 2 Persisterande hyperplastisk tunica vasculosa lentis/primär vitreus, PHTVL/PHPV | <input type="checkbox"/> Iris/lins | 12 Ektropion | <input type="checkbox"/> Lateral |
| 3 Kongenital katarakt | <input type="checkbox"/> Iris/cornea | 13 Distichiasis | <input type="checkbox"/> Övre |
| | <input type="checkbox"/> Grad 1 | 14 Corneadystrofi | <input type="checkbox"/> Undre |
| | <input type="checkbox"/> Grad 2-6 | 15 Katarakt, ej medfödd | <input type="checkbox"/> Främre |
| 4 Retinal dysplasi, RD | <input type="checkbox"/> Cortex | | <input type="checkbox"/> Bakre |
| 5 Synnervshypoplasia | <input type="checkbox"/> Nukleus | 16 Linsluxation, primär | <input type="checkbox"/> Ekvatoriell |
| | <input type="checkbox"/> Lindrig/näthinneveck | 17 Progressiv retinal atrofi, PRA | <input type="checkbox"/> BPK |
| 6 Collie eye anomaly, CEA | <input type="checkbox"/> Multifokal | 18 Övrigt (se kommentar) | <input type="checkbox"/> Främre Y-söm |
| | <input type="checkbox"/> Geografisk | 19 Retinopati, (se kommentar) | <input type="checkbox"/> Punktformig |
| 7 Annan medfödd förändring (se kommentar) | <input type="checkbox"/> Total | 20 Vitreus | <input type="checkbox"/> Vitreusdegeneration |
| | <input type="checkbox"/> CRD | | <input type="checkbox"/> Vitreusprolaps |
| 8 Pektinatligament, PLD (gonioskopiundersökt) | <input type="checkbox"/> Colobom | | |
| | <input type="checkbox"/> Näthinneavlossning | | |
| | <input type="checkbox"/> Blödning | | |
| | <input type="checkbox"/> Normal | | |
| | <input type="checkbox"/> <1/2 | | |
| | <input type="checkbox"/> 1/2- 3/4 | | |
| | <input type="checkbox"/> >3/4 - total/flödeshål | | |

ÄRFTLIGHET OCH UTBREDNING

- | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|---|---|
| Diagnos 1: PPM | Diagnos 3: Kongenital katarakt | Diagnos 6: CEA | Diagnos 15: Katarakt, ej medfödd | Diagnos 19: Retinopati |
| UTBREDNING | ÄRFTLIGHET | UTBREDNING | ÄRFTLIGHET | ÄRFTLIGHET |
| <input type="checkbox"/> Lindrig | <input type="checkbox"/> Ärftlig | <input type="checkbox"/> Lindrig | <input type="checkbox"/> Ärftlig | <input type="checkbox"/> Ärftlig |
| <input type="checkbox"/> Måttlig | <input type="checkbox"/> Ej ärftlig | <input type="checkbox"/> Måttlig | <input type="checkbox"/> Ej ärftlig | <input type="checkbox"/> Ej ärftlig |
| <input type="checkbox"/> Kraftig | <input type="checkbox"/> Kan f.n. ej bedömas | <input type="checkbox"/> Kraftig | <input type="checkbox"/> Kan f.n. ej bedömas | <input type="checkbox"/> Kan f.n. ej bedömas |
| | <input type="checkbox"/> Genetisk betydelse okänd | | <input type="checkbox"/> Genetisk betydelse okänd | <input type="checkbox"/> Genetisk betydelse okänd |

KOMMENTARER/UTLÅTANDE

Av undersökningen framgår att hunden enligt min uppfattning: *In my opinion the dog shows:*

Visar inga tecken på ärftlig ögonsjukdom

Hunden bör undersökas igen om (se baksidan):

Öga, uppföljning (innebär att SKK bevakar att ny undersökning utförs inom ett år, se baksidan).

UNDERSKRIFT

Datum Date: *2024.01.16* Veterinärens underskrift Signature of examiner: *[Signature]* Namnförtydligande Block capitals or stamp: *Specialistkompetens i hundens ögon*

Mer information, se sidan 2. Original 1: SKK Copy 2: Veterinär Copy 3: Veterinarian.

BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER: SKK lagrar personuppgifter för att kunna fullgöra relationen till dig. Genom att lämna dina personuppgifter godkänner du att SKK lagrar och behandlar dessa, dels med fullgärning som rättlig grund. Alla personuppgifter behandlas i enlighet med den vid varje tillfälle gällande lagstiftningen. Utöver information gällande SKKs behandling av personuppgifter finns på www.skk.se/pub. Uppgifterna kan komma att användas för direkta marknadsföring och utskick av information från SKK och SKKs samarbetspartners. Vi du inte få dessa utskick kan du avsäga dig dem genom att kontakta vår medlemservice, tel. 08-795 33 44, medlemssk@skk.se.