

# Deutscher Retriever Club e.V.



## Befundbogen Augenuntersuchung

### Angaben zu Hund und Eigentümer

Rasse: Golden Retriever Wurfstag: 09.10.2013 Geschlecht:  Männlich  Weiblich  
 Chip-/Tato-Nr.: 985112002146743 ZB-Nr.: SHSB 723887  
 Name des Hundes: Crimson Rose Fire and Ice

Bisherige Untersuchungen:  Nein  Ja Datum: 25.2.2019 DNA-Tests:  Nein  Ja  
 Frei  Zweifelhaf  Nicht frei Typ: \_\_\_\_\_

Mercedes Merkel  
 (Name des Eigentümers)  
Schützenstr. 2  
 (Strasse)  
29399 Wahrenholz  
 (PLZ, Wohnort)

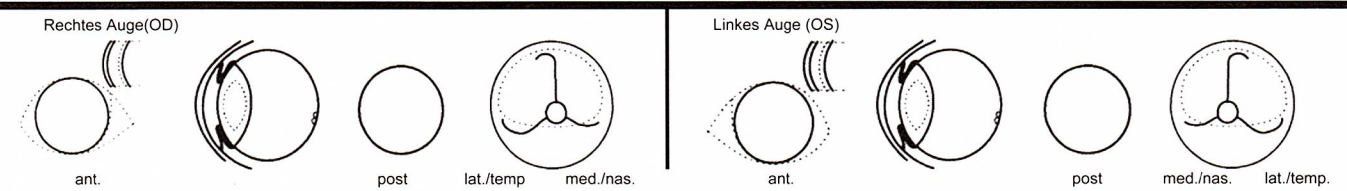
Der Unterzeichnende bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist und dass die Untersuchungsergebnisse für Veröffentlichungen oder andere zweckdienliche Verwendungen zur Verfügung stehen.

Unterschrift des Eigentümers: [Signature]

### Nur vom Gutachter auszufüllen!

### Untersuchung Identifikation des Hundes

Technik:  Mydriatikum  Spaltlampen-Biomikropsie  Mikrochip:  richtig  falsch  fehlt  
 Tonometrie  indirekte Ophthalmoskopie  Tätowierung:  richtig  falsch  fehlt  
 Gonioskopie  direkte Ophthalmoskopie  
 Foto  Weitere: \_\_\_\_\_



### Untersuchungsergebnisse der als erblich angesehenen Augenerkrankungen

Untersuchungsdatum: 23.11.2019 Erkrankung-Nr.: \_\_\_\_\_  gering  mittelgradig  hochgradig

| DRC-Geschäftsstelle (grün)*<br>Tierarzt (rosa)<br>Hundebesitzer (Original)          | Erkrankung                          |  |   | Erkrankung                          |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|   | * FREI                              | ** ZWEIFELHAFT   | *** NICHT FREI  | * FREI                              | *** VORLAUFIG NICHT FREI            | * NICHT FREI                        |
| 1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Katarakt (kongenital)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 4. Retinadysplasie (RD)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 5. Hypoplasie-/Mikropapille   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 6. Collie Augenanomalie (CEA)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 7. Sonstige:  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 8. Dyspl. L. pectinatum Abnormalität (nur nach Gonioskopie)                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
|   |                                     |  | <input type="checkbox"/> Iris <input type="checkbox"/> Kornea     | 11. Entropium/Trichiasis            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> Linse <input type="checkbox"/> Vorderkammer   | <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2-6 | 12. Ektropium/Makroblepharon        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> (Multi)fokal <input type="checkbox"/> geografisch <input type="checkbox"/> total            |   | 13. Distichiasis /ektopische Zilien | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> choroid. Hypoplasie <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> Sonstige:     |   | 14. Korneadystrophie                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> Kurze Trabekel <input type="checkbox"/> Gewebebrücken <input type="checkbox"/> Total dyspl. |   | 15. Katarakt (nicht-kongenital)     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|   |                                     |  |   | 16. Linsenluxation (primär)         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|   |                                     |  |   | 17. Retinadegeneration (PRA)        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|   |                                     |  |   | 18. Sonstige:                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

Erklärungen:  
 \* „Frei“: Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. „Nicht frei“: Die klinischen Anzeichen der genannten erblichen Erkrankung sind vorhanden.  
 \*\* Sehr geringe Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.  
 \*\*\* Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in .....Monaten

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnende bestätigt, den o. g. Hund heute selbst untersucht, die Identität anhand der Ahnentafel überprüft und die genannten Befunde erhoben zu haben und eine Kopie dieses Formulars selbst an die DRC-Geschäftsstelle zu übersenden.

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
**KLEINTIERPRAXIS**  
**Augenheilkunde bei Tieren**  
**Dr. med. vet. Stefan Ambrecht**  
**prakt. Tierarzt**  
 Celler Str. 2 38518 Gifhorn  
 Telefon: 05371-17203