

Telefonnummer: 70 10 10 65, E-mail: nyttegning@agri.dk

Dyreejer	Efternavn/fornavn		Forsikringsnummer					
	Adresse		Postnummer og By					
Oplysninger om dyret	Dyrets navn	Fødselsdato		Køn <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Hun <input type="checkbox"/> Kastr/Steril <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
	Race		ID-/Registreringsnummer (DDK/chip/tato)					
	Dyreart <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Kat <input type="checkbox"/> Andet	Farve og særlige kendetegn						
Kliniske observationer og undersøgelser Ved øvrige bemærkninger noteres i feltet uddybning og kommentarer	1 Generel tilstand og forderstand	2 Temperament og adfærd	3 Palperbare lymfeknuder	4 Hud, pels og poter	5 Ører	6 Øjne	7 Mundhule, tænder og svælg	
	<input type="checkbox"/> Almen tilstand nedsat <input type="checkbox"/> Overvægtig <input type="checkbox"/> Mager <input type="checkbox"/> Undervægtig/afmagret <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Reserveret <input type="checkbox"/> Bange <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Generelt forstørrede <input type="checkbox"/> Lokal hævelse <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Udslæt <input type="checkbox"/> Skæl <input type="checkbox"/> Utøj <input type="checkbox"/> Kløe <input type="checkbox"/> Pote/kloforandringer <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	Otitis <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronisk <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Entropion <input type="checkbox"/> Ektropion <input type="checkbox"/> Hornhindeskade <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Tandsten <input type="checkbox"/> Tandfraktur <input type="checkbox"/> Tandkødsbetændelse <input type="checkbox"/> Forkert bid <input type="checkbox"/> Svælg ikke undersøgt <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	
	8 Bugvæg, bughule	9 Hjerte og kredsløb	10 Luftveje	11 Ydre kønsorganer	12 Lemmer, gang og bevægelse			
	<input type="checkbox"/> Navlebrok <input type="checkbox"/> Lyskebrok <input type="checkbox"/> Prostata forstørret <input type="checkbox"/> Rektal-eksploration ikke udført <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Mislyd <input type="checkbox"/> Tegn på hjertesvigt <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Næseflåd <input type="checkbox"/> Lyde ved auskultation <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	<input type="checkbox"/> Kryptorchid <input type="checkbox"/> Unormal testikelstørrelse <input type="checkbox"/> Udflåd <input type="checkbox"/> Mammae-tumorer <input type="checkbox"/> Ingen bemærkninger	Ømhed ved bøjning/strækning af Skulder/brystparti Albuer Knæ Hofter Øvrige led			
Uddybning og kommentarer til bemærkninger ovenfor	Angiv punkt ml. 1-12		Diagnose/behandling					
Historik Tidligere behandlinger/undersøgelser	Dato/årstal		Diagnose/behandling (Vedhæft gerne epikrise)					
Underskrift/ Stempel	Dato for første gang klinikken har tiset dyret		Dato/stempel/klinikadresse/telefon					
	Generel vurdering/anbefaling eller øvrige bemærkninger		Underskrift					
Har du kendskab til, om dyret tidligere har været behandlet eller undersøgt af dig eller anden dyrlæge for sygdom eller skader? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, følgende: _____								
Har du kendskab til om dyret tidligere har fået foretaget følgende undersøgelser:				Uddyb nærmere samt opgiv undersøgelses resultat				
<input type="checkbox"/> Blod/urinundersøgelse <input type="checkbox"/> Røntgenundersøgelse				_____				
<input type="checkbox"/> Ultralydsscanning/endoskopi/artroskopi <input type="checkbox"/> EKG				_____				
<input type="checkbox"/> Parasitundersøgelse <input type="checkbox"/> Andet				_____				