



Veterinärt besiktningsintyg för katt



Besiktningen begärd av: Djurägare Försäkringsbolag Annan: _____

Med anledning av: Försäljning Försäkring Annan: _____

Kattägare	Namn		Telefonnummer		Mail
	Adress			Postadress	

Kattens signalement	Namn		Födelsedatum		Kön	Kastrerad	
					<input type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Hane	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Färg	Ras		ID-nummer			
Särskilda kännetecken							

Kliniska iakttagelser	Allmäntillstånd	<input type="checkbox"/> Nedsatt	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Hull, storlek	<input type="checkbox"/> Överviktig <input type="checkbox"/> Mager <input type="checkbox"/> Utmärglad	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Lynne	<input type="checkbox"/> Reserverad <input type="checkbox"/> Rädd <input type="checkbox"/> Aggressiv	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Hud, päls	<input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Mjäll <input type="checkbox"/> Ohyra <input type="checkbox"/> Klåda	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Tassar klor	<input type="checkbox"/> Förändringar <input type="checkbox"/> Polydaktyli	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Palpabla lymfknotor	<input type="checkbox"/> Generellt förstorade <input type="checkbox"/> Lokalt förändrade	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Ögon	<input type="checkbox"/> Konjunktivit <input type="checkbox"/> Entropion <input type="checkbox"/> Ektropion <input type="checkbox"/> Hornhinneskada <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Vä	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Öron	<input type="checkbox"/> Otit vänster <input type="checkbox"/> Otit höger <input type="checkbox"/> Akut otit <input type="checkbox"/> Kronisk otit	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Munhåla, tänder, svalg	<input type="checkbox"/> Tandsten <input type="checkbox"/> Tandfraktur <input type="checkbox"/> Gingivit <input type="checkbox"/> Bettfel <input type="checkbox"/> Svalj ej undersökt	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Bukorgan, buk, palpation, rektalisering	<input type="checkbox"/> Navelbräck <input type="checkbox"/> Ljumskbräck <input type="checkbox"/> Prostata förstorad <input type="checkbox"/> Rektalisering ej utförd	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Cirkulationsorgan	<input type="checkbox"/> Blåsljud <input type="checkbox"/> Tecken på hjärtsvikt	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Respirationsorgan	<input type="checkbox"/> Näslöde <input type="checkbox"/> Missljud vid auskultation	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Yttre genitalorgan	<input type="checkbox"/> Flytning <input type="checkbox"/> Juvertumör <input type="checkbox"/> Kryptokid <input type="checkbox"/> Onormal testikelstorlek	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Rörelseorgan	<input type="checkbox"/> Hälta <input type="checkbox"/> Rörelsestörning <input type="checkbox"/> Muskelatrofi	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
	Ömmar vid böjning/sträckning av	<input type="checkbox"/> Bog/skuldra <input type="checkbox"/> Armbåge <input type="checkbox"/> Knä <input type="checkbox"/> Höft <input type="checkbox"/> Övriga leder <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Rygg <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Vä	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.
Övrigt	<input type="checkbox"/> Ömmar vid palpation av rygg <input type="checkbox"/> Patella luxation <input type="checkbox"/> Krokxvans <input type="checkbox"/> Svansdefekt <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> U.a.	

Förklaring till anmärkning	_____

Allmänt omdöme/råd	_____

Underskrift	Ort	Veterinär
	Datum	