

BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG Certificate of eye examination
 European College of Veterinary Ophthalmologists

Fonds zur Bekämpfung vererbter Augenerkrankungen FBuA & Schweizerische Vereinigung für Kleinere Medizin SVK
 Wattenhubenstrasse 260, CH-8057 Zürich
 Tel. +41 43 831 81 91 Fax. +41 43 831 81 92

ECVO Reg. Nr. Untersuchung reg. no. examination 30413
 O-CH-D Nr. 30413
 ECVO Reg. Nr. Untersucher reg. no. examiner CH-35

Tier animal
 Name: PARROT COOPER OF WHITE SPARKLE
 Rasse: KOOIKERHONDJE Rasseclub CH: KCS
 Zuchtbuch Nr.: CHSR/LCS 718076 Farbe: Rot-Weiss
 Mikrochip Nr.: 756038109636945 Tätowier Nr.:
 Wurfdatum: 04.04.11 Geschlecht: Weiblich Männlich
 Bisherige Untersuchungen: Ja Nein
 Wenn abnormal: Ja Nein
 Datum, Zert. Nr. + Reg. Nr. Unten: Ja Nein
 DNA-Tests: Ja Nein

Eigentümer/Besitzer: HARKUS ROLL
 Adresse: Lindennweg 2
 Land, PLZ: DE 67258 Wohnort: Hersheim

Der Unterschnende ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes einverstanden und bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier (das oben beschriebene ist und dass die Untersuchungsergebnisse für eine Veröffentlichung oder andere wissenschaftliche Verwendungen zur Verfügung stehen.
 The undersigned agrees to the rules of the national scheme and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signature also means that the results are available for official publication and other ECVO approved use.

Untersuchung examination Datum: 11.05.14
 Standardmethode: Mydriatik, indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampe-Biomikroskopie >10x
 Zusätzlich: Untersuchung vor Weitstellung Tonometrie (ohne Mydriatik) Weitere: Gonioskopie (ohne Mydriatik)

Identifikation identification
 Kontrolle der Tätowierung: Richtig Teilweise/Unleserlich Falsch Fehlt
 Kontrolle des Mikrochips: Richtig Falsch Fehlt

RECHTES AUGE (OD) right eye **LINKES AUGE (OS) left eye**
 (Diagrams showing fundus examination of both eyes)

Anmerkungen: Gering mittelgradig hochgradig
 eye disease no. mild/moderate/severe

N.B.: Nicht frei von (Not free from)
 Name der Erkrankung: (The Abbreviation at the bottom of these fields will define gender)
 Name of disease: (where investigation will not proceed to be recorded in the book)

Ergebnisse der als erblich angesehenen Augenerkrankungen: results for the presumed inherited eye disease
 1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP) frei Zweiseitig beidseitig
 2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHV/LPHV) frei Zweiseitig beidseitig
 3. Katarakt (kongenital) frei Zweiseitig beidseitig
 4. Retinadysplasie (RD) frei Zweiseitig beidseitig
 5. Hypoplasie-Mikropapille frei Zweiseitig beidseitig
 6. Collic Augenanomalie (CEA) frei Zweiseitig beidseitig
 7. Sonstige: other frei Zweiseitig beidseitig
 8. L. pectinatum Abnormalität frei Zweiseitig beidseitig

Bescheinigt für 12 Monate results valid for 12 months
 11. Entropium/Trichiasis frei Zweiseitig beidseitig
 12. Entropium/Makroblepharon frei Zweiseitig beidseitig
 13. Distichiasis/rektopische Zilien frei Zweiseitig beidseitig
 14. Korneadystrophie frei Zweiseitig beidseitig
 15. Katarakt (nicht-kongenital) frei Zweiseitig beidseitig
 16. Luxation (primär) frei Zweiseitig beidseitig
 17. Retinadegeneration (PRA) frei Zweiseitig beidseitig
 18. Sonstige: other frei Zweiseitig beidseitig

Exclusion/Exclusion
 * "Free": Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. "Nicht frei": Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung sind vorhanden.
 "Unaffected" signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specified, whereas "affected" signifies that there is such evidence.
 ** Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.
 The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed inherited eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.
 *** Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in ... M.
 The animal displays minor, but specific clinical signs of the presumed inherited eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Re-examination in ... months.

Für weitere Information bitte wenden Natur info. p.l.a. **Untersucher examiner**
 Der/Die Unterschnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erkennung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.
 The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown.

Verteilung / Farbe: 1 weiß, 2 rot, 3 gelb, 4 weiß
 national registration color: national registry white, examiner national breed club white, owner/agent

Prof. Dr. Bernhard M. Spliss
 Diplomat ACVO/ECVO
 Vetsuisse-Fakultät
 Universität Zürich

UNIVERSITEITSKLINIEK VOOR GEZELSCHAPSDIEREN

DNA-Untersuchung auf:

- Von Willebrand Erkrankung (VWD)
 Erbliche Nekrotisierende Myelopathie (ENM)
(bitte ankreuzen)

Erklärung

Der Unterzeichnende,

Name *Markus und Melanie Roll*Strasse *Lindenbergweg*Hausnummer *2*Postleitzahl *67258*Ort *Hefheim*Land *Deutschland*Telefonnummer *+49 6233/3756 23*e-mail *mco7373@aol.com*Besitzer/Züchter des wie folgt beschriebenen Hundes *Markus und Melanie Roll*Name Hund *Panzer Cooper of White Sparkle* Geschlecht m / wRasse *Niederländische Kooikerhondje* Geburtsdatum *04.04.2013*Chip-/Täto-nummer *756038100636945* Zuchtbuchnummer *SHSB 718076*

- Erklärt, diesen Hund dem unten angegebenen Tierarzt vorgestellt zu haben für die Blutabnahme zum Zweck der DNA-Untersuchung. **ODER:**
 Erklärt, dass dieser Hund schon eher getestet wurde auf VWD unter der Nummer
(Die Nummer steht auf dem Aufkleber auf dem Ergebnis).
(Bitte ankreuzen)

Mir ist bekannt, dass die Ergebnisse der Untersuchung in Verbindung mit der Identität des Hundes veröffentlicht werden. Die Besitzerdaten werden nicht weiter gegeben. Die DNA darf für andere veterinärmedizinische Forschungszwecke verwendet werden.

Unterschrift:



Der unterzeichnende (Name) Tierarzt in _____, erklärt dass er am (Datum) einige Milliliter Blut abgenommen hat von dem oben beschriebenen Hund. Die Identität des Hundes wurde anhand des Chips/der Tätowierung bestätigt.

Datum:

25.07.13

Unterschrift: 
Tierarztpraxis
Dr. David & Dr. Krützföldt
Biederthamer Strasse 50
62227 Frankenthal
Tel.: 06233779930

Vier Milliliter Blut abnehmen in ein EDTA-Röhrchen und gut mischen. Auf dem Röhrchen den Namen des Hundes vermelden. Bei Zimmertemperatur verschicken in einem verstärkten Briefumschlag. Für jedes Tier ein Formular ausfüllen.

Adresse:

UVDL
DNA diagnostics
PO Box 85422
NL 3508 AK Utrecht
Die Niederlande

BITTE die Daten des Hundes noch einmal einfüllen

Name Hund *Pavos Cooper of White Sparkle*
Rasse *Niederlande Koerbeehondje*
Chip-/Tato-nummer *756098100636345* Zuchtbuchnummer *SHSB 718076*

Der Unterzeichnende, Dr. P.A.J. Leegwater, Genetiker an der Universitätsklinik für Gesellschaftstiere, erklärt dass die Untersuchung des Blutes, das ihm zugeschickt wurde und markiert war als zugehörig zu dem oben stehenden Hund, die folgenden Eigenschaften ergibt.

Bezüglich der Von Willebrand - Erkrankung:

- Nichts weist darauf hin, dass der Hund Träger oder Leider an dieser Krankheit ist.
- Der Hund ist ein homozygoter Leider, hat daher sehr wahrscheinlich eine erhöhte Blutungsneigung und wird die Krankheit an Nachkommen vererben.
- Der Hund ist ein heterozygoter Träger der Erkrankung, hat selber wahrscheinlich keine bis wenig erhöhte Blutungsneigung aber kann die Erkrankung an seine Nachkommen durchgeben.

Bezüglich der Erbliehen Nekrotisierenden Myelopathie:

- Nichts weist darauf hin, dass der Hund Träger oder Leider an dieser Krankheit ist.
- Der Hund ist ein homozygoter Leider und wird daher sehr wahrscheinlich die Krankheit in jungem Alter entwickeln.
- Der Hund ist ein heterozygoter Träger der Erkrankung und kann die Erkrankung an Seine Nachkommen durchgeben.

Datum:

9-9-2013

Unterschrift:





UNTERSUCHUNG AUF PATELLARLUXATION

Unter Bezug auf das ZER der SKG und das Zuchtreglement des Rasseclubs wurde der unten identifizierte Hund auf Patellarluxation untersucht. Hunde ohne Tätowierung oder Microchip müssen vor der Untersuchung gekennzeichnet werden.

Hinweis für den Besitzer: Bringen Sie die Original-Abstammungsurkunde zur Untersuchung mit. F llen Sie den ersten Teil dieses Formulars selber aus (Besitzer, Angaben zum Hund). Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift die Identität des Hundes und versichern, dass keine Korrekturoperationen im Bereich der Hintergliedmassen vorgenommen worden sind.

Besitzer / Züchter

Name:	Ulricha B�liser Thaler / Markus + Melanie Reil		
Adresse:	Dorf 16 Lindenuy 2		
PLZ Wohnort:	5708 Boniswil		67258 Mosheim
Telefon:	056 221 67 10		

Angaben zum untersuchten Hund

Rasse:	Cocker Spaniel <input type="checkbox"/> Erstkontrolle <input type="checkbox"/> Nachkontrolle		
Name des Hundes:	Pass Cooper of Wode Spoodle <input checked="" type="checkbox"/> R�de <input type="checkbox"/> Hündin		
SHSB-Nr:	718076 Welche Operationen wurden am Hund durchgeführt:		
T�to Nr. / ID-Code:	756058 100630545		
Geburtsdatum:	4.4.2012		Anzahl Wurfel bisher:
SHSB-Nr. Vater:	Vom Dek 10/162 0757		Anzahl geborene Welpen:
SHSB-Nr. Mutter:	665924 Unterschrift Besitzer:		

Klinische Untersuchung des Tierarztes

Kondition:	<input checked="" type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> keine Zuchtbedingung
Verdacht auf Systemkrankheiten:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Verdacht auf Herz/Kreislaufkrankh.:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Leiden im Respirationstrakt:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Verdacht auf vererbte Defekte:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Persistierende Fontanelle:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gr�sse: \emptyset mm	

Patellarluxation

links		rechts	
nach medial	nach lateral	nach medial	nach lateral
<input checked="" type="checkbox"/> Grad 0	<input checked="" type="checkbox"/> Grad 0	<input checked="" type="checkbox"/> Grad 0	<input checked="" type="checkbox"/> Grad 0
<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 1
<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 2
<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 3
<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 4

Untersuchung durchgeführt: ohne Sedation mit Sedation

Der unterzeichnende Tierarzt versichert, dass er die Identität des Hundes überprüft hat, ihm die Original-Abstammungsurkunde vorgelegt wurde und eine Kopie der zuständigen Erfassungsstelle zugeleitet wird.

Stempel (Untersucher): Unterschrift: Datum:



Kleintierpraxis HallMa
Oberdorfstr. 4 • 5706 Boniswil
Telefon 062 777 3254

Dr. M. Haller 12.5.2014