

Hundeejer	Fornavn og efternavn			Forsikringsnummer			
	Adresse			Postnummer og by			
Oplysninger om hunden	Hundens navn		Fødselsdato	Køn Han Hun		Kastreret/steril Ja Nej	
	Race			ID/Registreringsnummer			
	Farve og særlige kendetegn						
Kliniske observationer og undersøgelser Ved øvrige bemærkninger noteres i feltet uddybning og kommentarer	1 Generel tilstand og foderstand	2 Temperament og adfærd	3 Palperbare lymfeknuder	4 Hud, pels og poter	5 Ører	6 Øjne	7 Mundhule, tænder og svælg
	Almen tilstand nedsat Overvægtig Mager Undervægtig afmagret Ingen bemærkn.	Reserveret Bange Aggressiv Ingen bemærkn.	Generelt forstørrede Lokal hævelse Ingen bemærkn.	Udslæt Skæl Utøj Kløe Pote/kloforandringer Ingen bemærkn.	Otitis V H Akut Kronisk Ingen bemærkn.	Konjunktivitis Entropion Ektropion Hornhinde-skade Ingen bemærkn.	Tandsten Tandfraktur Tandkødsbetændelse Forkert bid Svælg ikke undersøgt Ingen bemærkn.
	8 Bugvæg, bughule	9 Hjerte og kredsløb	10 Luftveje	11 Ydre kønsorganer	12 Lemmer, gang og bevægelse		
	Navlebrok Lyskebrok Prostata forstørret Rektal-eksploration Ingen bemærkn.	Mislyd Tegn på hjertesvigt Ingen bemærkn.	Næseflåd Lyde ved auskultation Ingen bemærkn.	Kryptorchid Unormal testikelstør. Udflåd Mammaetumorer Ingen bemærkn.	Ømhed ved bøjning/strækning af Ja Nej Skulder/brystparti Albuer Knæ Hofter Øvrige led	Øm ved tryk og/el. palpation af ryg Patella Luksation Skæv eller misdannet hale Ja Nej	
Uddybning og kommentarer til bemærkninger ovenfor	Angiv punkt ml. 1-12 _____		Diagnose/behandling _____				
Historik Tidligere behandlinger og undersøgelser	Dato/årstal _____		Diagnose/behandling (vedhæft gerne epikrise) _____				
Har du kendskab til, om hunden tidligere har været behandlet eller undersøgt af dig eller anden dyrlæge for sygdom eller skader? Nej Ja, følgende: _____							
Har du kendskab til, om hunden tidligere har fået foretaget følgende undersøgelser:				Uddyb nærmere samt opgiv undersøgelsesresultat			
Blod/urinundersøgelse		Røntgenundersøgelse		_____			
Ultralydsscanning/endoskopi/artroskopi		EKG		_____			
Parasitundersøgelse		Andet		_____			
Underskrift/ Stempel	Dato for første gang klinikken har tilsat hunden			Dato/stempel/klinikadresse/telefon			
	Generel vurdering/anbefaling eller øvrige bemærkninger _____			Underskrift			