

<h1>Besiktningssblankett</h1>				<h2>Veterinärintyg</h2> <div><input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katt <input type="checkbox"/> Övr. smådjur</div>		
Besiktning begärd av: <div><input type="checkbox"/> Djurägare <input type="checkbox"/> Försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Annan (vem?):</div>			Med anledning av: <div><input type="checkbox"/> Försäkring <input type="checkbox"/> Försäljning/överlåtelse <input type="checkbox"/> Annan anledning</div>			
<b>Djurägare</b>						
Efternamn / förnamn			Tel		Email	
Bostadsadress			Postnummer		Postadress	
<b>Djuret</b>						
Namn			Ras		Färg/hårlag	
Födelsedatum			Kön: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		Kastrat: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	
Id-nummer/Särskilda kännetecken:						
1 Allmän-tillstånd hull, storlek	2 Lynne	3 Hud, hårrem, tassar	4 Palpabla lymfknutor	5 Ögon	6 Öron	7 Månhåla, tänder och svalg
<input type="checkbox"/> A.T. u.a. <input type="checkbox"/> AT. Nedsatt <input type="checkbox"/> Överviktig <input type="checkbox"/> Mager <input type="checkbox"/> Utmärglad <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Reserverad <input type="checkbox"/> Rädd <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Mjäll <input type="checkbox"/> Ohyra <input type="checkbox"/> Klåda <input type="checkbox"/> Tass/ kloförändringar <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Generellt förstorade <input type="checkbox"/> Lokalt förstorade <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Konjunktivit <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Otit <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronisk <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a	<input type="checkbox"/> Tandsten <input type="checkbox"/> Tandfraktur <input type="checkbox"/> Gingivit <input type="checkbox"/> Bettfel <input type="checkbox"/> Svalg ej undersökt <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.
8 Bukorgan, buk, palpation, rektalisering	9 Cirkulations- organ	10 Respirations- organ	11 Yttre genitalorgan	12 Rörelseorganen		
<input type="checkbox"/> Navelbräck <input type="checkbox"/> Ljumsckbräck <input type="checkbox"/> Prostata- förstorad <input type="checkbox"/> Rektalisering ej utförd <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Blåsljud <input type="checkbox"/> Tecken på hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Näsflöde <input type="checkbox"/> Missljud vid auskultation <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Kryptorkid <input type="checkbox"/> Onormal testikelstorlek <input type="checkbox"/> Flytning <input type="checkbox"/> Juvertumör <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Hälta <input type="checkbox"/> Rörelse- störning <input type="checkbox"/> Muskelatrofi <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.	Ömmar vid böjning/sträckn ing av: <input type="checkbox"/> bog <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö  <input type="checkbox"/> armbåge <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö  <input type="checkbox"/> knä <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö  <input type="checkbox"/> höft <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö  <input type="checkbox"/> övr. leder <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö	Ömmar vid palpation av:  rygg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej  Patella luxation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej  Kroksvans <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej  <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> U.a.
Förklaring till anmärkningar ovan						
Allmänt omdöme/Råd:						
Ort	Veterinär			Namnförtydligande		
Datum						