

Klinisk undersøkelse	Hestens navn		Født (dag måned år)		Kjønn <input type="checkbox"/> Hingst <input type="checkbox"/> Hoppe <input type="checkbox"/> Vallak	
	1 Extremiteter		2 Hold og pels		3 Hud	
	<input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Aksefeil/avikende benstilling <input type="checkbox"/> Galler <input type="checkbox"/> Konturforstyrelser (fylninger) <input type="checkbox"/> Ekstriøre avik <input type="checkbox"/> Overben <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Godt hold <input type="checkbox"/> Normalt hold <input type="checkbox"/> Dårlig hold <input type="checkbox"/> Blankt hårlag <input type="checkbox"/> Matt hårlag <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Sårskader <input type="checkbox"/> Hårsekkebetennelse <input type="checkbox"/> Eksem <input type="checkbox"/> Kuler i salleie <input type="checkbox"/> Utevekster/vorter <input type="checkbox"/> Navlebrokk/byll <input type="checkbox"/> Annet	
	4 Muskulatur		5 Hode og tenner		6 Kjønnorgan	
	<input type="checkbox"/> Normalt muskelsatt <input type="checkbox"/> Dårlig muskelsatt <input type="checkbox"/> Asymmetri <input type="checkbox"/> Ømhet (<i>Obs! Rygg</i>) <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Øyne <input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Ikke ua <input type="checkbox"/> Ørefistel <input type="checkbox"/> Lymfeknuter <input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Ikke ua <input type="checkbox"/> Bittfeil <input type="checkbox"/> Unormal slitasje <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Kryptokisme <input type="checkbox"/> Roterte testikler <input type="checkbox"/> Unormal størrelse <input type="checkbox"/> Skrå/Skråstilt vulva <input type="checkbox"/> Utfloed <input type="checkbox"/> Annet	
	7 Respirasjon		8 Sirkulasjon		9 Sener og senskjeder	
	<input type="checkbox"/> Ua (auskultasjon) <input type="checkbox"/> Positivt hosteprøve <input type="checkbox"/> Spontan hoste <input type="checkbox"/> Nesekret <input type="checkbox"/> Bilyd <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Ua (auskultasjon) <input type="checkbox"/> Bilyd <input type="checkbox"/> Høy hjerterefreknens <input type="checkbox"/> Arytmisk <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Fylninger <input type="checkbox"/> Ømhet <input type="checkbox"/> Leget eldre skade <input type="checkbox"/> Annet	
	10 Høver		11 Bevegelser		12 Bøyeprøver	
	<input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Hovsprekk <input type="checkbox"/> Tegn på forfangenhet <input type="checkbox"/> Skjev hov <input type="checkbox"/> Stråleråte <input type="checkbox"/> Hulvegg <input type="checkbox"/> Såler * <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Mønstring i skritt <input type="checkbox"/> Mønstring i trav <input type="checkbox"/> Hele benet <input type="checkbox"/> Venstre hånd <input type="checkbox"/> Høyre hånd <input type="checkbox"/> Rideprøve (kræves ikke)		<input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> HB	
	Vaksinert mot <input type="checkbox"/> Stivkrampe <input type="checkbox"/> Influensa * Vid såler oppgi type og årsak					
Forklaringer til merknader ovenfor						
Spesialundersøkelse						
Generell oppfatning/råd						
Undertegnede er kjent med at hesten tidligere er undersøkt/behandlet for						
Underskrift	Sted og dato			Underskrift veterinær		
	Navn med blokkstaver og org.nr				Telefon	
	Klinikadresse					