

Besiktigelse krevd av	Hvem?				Grunn		Salg/Over- dragelse
	<input type="checkbox"/> Dyreeier	<input type="checkbox"/> Agria	<input type="checkbox"/> Andre		<input type="checkbox"/> Forsikring	<input type="checkbox"/>	
Dyreeier	Etternavn, fornavn				Forsikringsnummer		
	Bostedsadresse				Postnummer	Poststed	
Dyrets sig- nalement	Dyrets navn		Fødselsdato	Kjønn		Kastrert	
				<input type="checkbox"/> Hann	<input type="checkbox"/> Hunn	<input type="checkbox"/> Hann	<input type="checkbox"/> Hunn
	Rase		ID-/Registreringsnummer				
Kliniske ob- servasjoner	Dyrslag		Farge og spesielle kjennetegn				
	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katt	<input type="checkbox"/> Fugl	<input type="checkbox"/> Annet			
Kliniske ob- servasjoner	1 Allmenntilstand kropp, størrelse	2 Gemytt	3 Hud, pels og poter	4 Palpasjon av lymfeknuter	5 Øyne	6 Ører	7 Munnhule, tenner og svelg
	<input type="checkbox"/> AT. u.a	<input type="checkbox"/> Reservert	<input type="checkbox"/> Utslett	<input type="checkbox"/> Generelt forstørrede	Konjunktivitt	Otitt	<input type="checkbox"/> Tannstein
	<input type="checkbox"/> Nedsatt AT	<input type="checkbox"/> Redd	<input type="checkbox"/> Flass	<input type="checkbox"/> Lokalt forstørret	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø	<input type="checkbox"/> Tannfraktur
	<input type="checkbox"/> Overvektig	<input type="checkbox"/> Aggressiv	<input type="checkbox"/> Otøy	<input type="checkbox"/> Annet	Entropion	<input type="checkbox"/> akutt	<input type="checkbox"/> Gingivitt
	<input type="checkbox"/> Mager	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Kløe	<input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø	<input type="checkbox"/> kronisk	<input type="checkbox"/> Bittefeil
	<input type="checkbox"/> Avmagret	<input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Pote-/ kloforandrin- ger		Ektropion	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Svelg ikke undersøkt
	<input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø	<input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Annet
	<input type="checkbox"/> U.a.		<input type="checkbox"/> U.a.		Hornhinneskade		<input type="checkbox"/> U.a.
					<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø		
					<input type="checkbox"/> Annet		
					<input type="checkbox"/> U.a.		
	8 Bukorgan, buk, palpasjon og rektalisering	9 Sirkulasjons- organ	10 Respirasjons- organ	11 Ytre Kjønnsorgan	12 Bevegelsesorgan		
<input type="checkbox"/> Navelbrokk	<input type="checkbox"/> Blåselyd	<input type="checkbox"/> Nesesekret	<input type="checkbox"/> Kryptorkisme	<input type="checkbox"/> Halthet	Smerter ved bøying/strekking av:		Smerte ved strekking av rygg:
<input type="checkbox"/> Lyskebrokk	<input type="checkbox"/> Tegn på hjertesvikt	<input type="checkbox"/> Mislyd vid auskultasjon	<input type="checkbox"/> Unormal tes- tikkelstørrelse	<input type="checkbox"/> Bevegelse forstryelse	Skulder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<input type="checkbox"/> Forstørret prostata	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Utfloed	<input type="checkbox"/> Muskelatrofi	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø		Patellaluksasjon
<input type="checkbox"/> Rektalisering ikke utført	<input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> Jursvulst	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<input type="checkbox"/> Annet			<input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> U.a.	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø		Haleknekk
<input type="checkbox"/> U.a.					<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
					Hofte	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
					<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø		<input type="checkbox"/> Annet
					Andre ledd	<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø	<input type="checkbox"/> U.a.
					<input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> hø		
Forklaring til anmerkning ovenfor							
Blir dyret behandlet for sykdom/skade?							
Dyret har, så vidt undertegnede vet, tidligere vært undersøkt/behandlet for:							
Er røntgen, EKG, ultralyd eller øyenlysning gjennomført? Resultat:							
Generell oppfatning/råd							
Underskrift	Sted og dato			Veterinær			
	Fakturanummer		Navn med blokkstaver, klinikkadresse, telefon				