



# OFTALMOLOGICKÉ VYŠETRENIE – ATEST

Formulár pre veterinárnych lekárov spolupracujúcich  
s Klubom chovateľov kólií a šeltií

EV. Č.:

<b>MAJITEĽ:</b> MENO: ..... ADRESA: ..... ..... PODPIS: .....	<b>ZVIERA:</b> PLEMENO: ..... MENO: ..... POHLAVIE: ..... DÁTUM NAR.: ..... FARBA: ..... ČÍP: ..... KONTROLA MIKROČIPU VYKONANÁ: áno/nie PREDCHÁDZAJÚCE VYŠETRENIE: áno/nie
---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>VETERINÁRNY LEKÁR:</b> MENO VYŠETRUJÚCEHO LEKÁRA: ..... ADRESA PRACOVISKA: .....
-------------------------------------------------------------------------------------------

<b>METÓDA VYŠETRENIA:</b> <input type="checkbox"/> MYDRIATICUM <input type="checkbox"/> PRIAMA OFTALMOSKOPIA <input type="checkbox"/> NEPRIAMA OFTALMOSKOPIA DÁTUM VYŠETRENIA: .....	<input type="checkbox"/> TONOMETRIA <input type="checkbox"/> GONIOSKOPIA <input type="checkbox"/> INÉ .....
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## NÁLEZ:

<b>ĽAVÉ OKO:</b>  <i>ant. post. lat./temp med/nas</i>	<b>PRAVÉ OKO:</b>  <i>ant. post. lat./temp med/nas</i>
<b>Tonometria:</b> .....Hg	<b>Tonometria:</b> .....m m Hg

	Negatívny	Pozitívny	Nejasný nález
MICROOPHTALMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTROPIUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKTROPIUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALPEBR. APLÁZIA / KOLOBOM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATRÉZIA PUNK. LACR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERZIST. PUPIL. MEMBRÁNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GONIODYSPLÁZIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISTICHÍÁZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRICHIÁZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KORNÁLNA DYSTROFIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KATARAKTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUXÁCIA ŠOŠOVKY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHTVL / PHPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INÉ .....			

.....  
**PODPIS A PEČIATKA  
VETERINÁRNEHO LEKÁRA**

Sken vyšetrenia pošlite príslušnému poradcovi chovu:

MVDr. Stanislava Zubrická (kólie) kolietuje@gmail.com  
Andrea Gatialová (šeltie) malamagura@centrum.sk