

BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG
Certificate of eye examination
 European College of Veterinary Ophthalmologists



Dortmunder Kreis - DOK
 Gesellschaft für Diagnostik
 genetisch bedingter Augen-
 erkrankungen bei Tieren e.V.
 Hoher Weg 29
 44137 Dortmund
 www.dok-vet.de

ECVO Reg.Nr. Untersuchung
O-D-Nr. 1013593
 ECVO Reg.Nr. Untersucher
D21

Tier animal

Name: **Thomas trust today to tomorrow von der kleinen Arche**
 Rasse: **Border Collie** Zuchtverband:
 Zuchtbuch Nr.: **VDH/ZBrH BOC 12500** Farbe: **schwarz-weiß**
 Mikrochip Nr.: **941000001983411** Tätowier Nr.:
 Würfdatum: **04 - 10 - 2008** Geschlecht: Weiblich Männlich
 Bisherige Untersuchungen: Nein Ja
 Wenn abnormal: Datum, Zert. Nr. + Reg.Nr. Unters.
 DNA-Tests: Nein Ja Typ, Datum

Eigentümer/Besitzer owner/agent

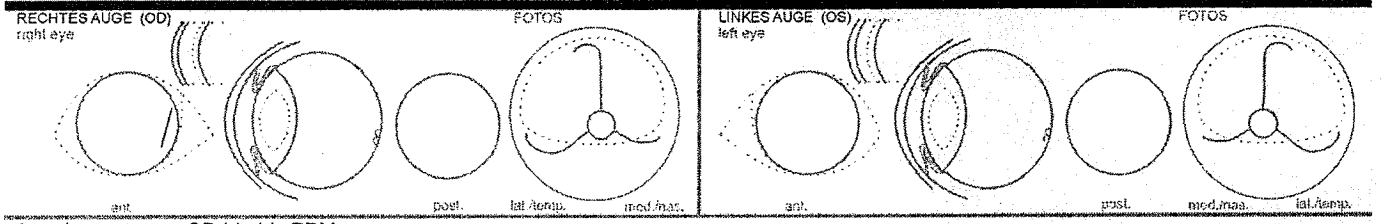
Name: **Hirsch, Elke**
 Adresse: **Hauptstr.9**
 Land, PLZ: **DE 67823** Wohnort: **Sitters**

Der Unterzeichnende ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes einverstanden und bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist und dass die Untersuchungsergebnisse für eine Veröffentlichung oder andere zweckdienliche Verwendungen zur Verfügung stehen.
 The undersigned agrees to the rules of the national scheme and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signature also means that the results are available for official publication or other ECVO approved use.

19.11.2008 Elke Hirsch
 Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer

Untersuchung examination **Identifikation identification**

Datum: **19 - 11 - 2008**
 Standardmethode: **Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spallampen-Biomikroskopie ≥10x**
 Zusätzlich: Direkte Ophthalmoskopie Foto Weitere:
 Gonioskopie (ohne Mydriatikum) Weitere:
 Tonometrie (Applanation, ohne Mydriatikum)
 Kontrolle der Falterierung: Richtig Teilweise/unleserlich Falsch Fehlt ohne
 Kontrolle des Mikrochips: Richtig Falsch Fehlt ohne
 Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.



Anmerkungen: **OD Iris-Iris PPM**
 Augenerkrankung Nr.: Unbekannt Gering mittelgradig hochgradig

N.B.: Nicht frei von **Name der Erkrankung / Die Erblichkeit ist bei dieser Rasse nicht definitiv geklärt.**

Ergebnisse für wahrscheinlich erbliche Augenkrankheiten: results for the presumed hereditary eye diseases **Bescheinigt für 12 Monate results valid for 12 months**

| | FREI | ZWEIFELHAFT | NICHT FREI | | FREI | VORLÄUFIG NICHT FREI | NICHT FREI |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kornea <input type="checkbox"/> Vorderkammer | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTV/PHPV) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2-6 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Katarakt (kongenital) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (Multi)fokal <input type="checkbox"/> geografisch <input type="checkbox"/> total | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Retinadysplasie (RD) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> choroid, Hypoplasie <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hypoplasie-/Mikropapille | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kurze Trabekel <input type="checkbox"/> Gewebebrücken <input type="checkbox"/> Total dyspl. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Collie Augenanomalie (CEA) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sonstige: other: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dyspl. L. pectinatum Abnormalität (nur nach Gonioskopie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Entropium/Trichiasis | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ektropium/Makroblepharon | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Distichiasis /ektopische Zilien | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Korneadystrophie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Katarakt (nicht-kongenital) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Linsenluxation (primär) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Retinadegeneration (PRA) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sonstige: other: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erklärungen interpretation

* "Frei": Keine Anzeichen der genannte als erblich angesehen Augenerkrankung. "Nicht frei": Die klinischen Anzeichen der genannten erbliche Erkrankung sind vorhanden.
 ** Sehr geringe Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.
 *** Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische Anzeichen der genannte als erblich angesehen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in Monaten.

Für weitere Information: Bitte wenden an

Untersucher examiner



Der/Die Unterzeichnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.
 The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye diseases with the results as shown.

Name: **Dr. Stefan Kindler**
 Ort: **Wiesbaden**
DR. S. KINDLER
FACHKURSBIE AUGENHEILER
SAARBRÜCKER ALLEE 7
WIESBADEN