FORMULIER ”INVENTARISATIE GEZONDHEIDSKENMERKEN”

1



Eigenaar:…………………………………………………………………………………………………...

Adres:…………………………………………………………………………………………………………

Woonplaats:……………………………………………………………………………………………….

*De kat is bij voorkeur tenminste 12 maanden oud op het moment van het onderzoek*

Naam: …………………………………………………………………………………………… Geboortedatum:………………………………

Ras: …………………………………………………………………………………Stamboomnr.: ……………………………………………….

Kleur/EMS code…………………………………………………………………… Chipnr.: ……………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ N=Normaal / □ Afw.=Afwijkend. | |  |  |
| **Katers:** beide teelballen aanwezig: | | □ Ja □ Nee |
| **Voor alle fokkatten:** | |  |
| 1.Navelbreuk: □ Ja □ Nee | | 4.Verdacht op Entropion: | □ Ja □ Nee |
| 2.Flatchest: □ Ja □ Nee | | 5.Verdacht op Ectropion: | □ Ja □ Nee |
| 3.Knikstaart: □ Ja □ Nee | | 6.Poly-/Oligodactylie: | □ Ja □ Nee |
| **Skeletdeformaties:** | |  |  |
| 7.Schedel: | □ N / □ Afw. | 10.Poten: | □ N / □ Afw. |
| 8.Romp: | □ N / □ Afw. | 11.Rugwervels: | □ N / □ Afw. |
| 9.Patella Luxatie: | □ N / □ Afw. | 12.Dwerggroei: | □ Ja □ Nee |
| **Ogen:** |  |  |  |
| 13.Grootte en Vorm: | □ N / □ Afw. | 15.Traanstrepen: | □ Niet /□ Wel |
| 14.Scheel zien: | □ Niet /□ Wel | 16.Traanogen: | □ Niet /□ Wel |
| **Luchtwegen:** |  |  |  |
| 17.Neus: | □ N / □ Afw. | 19.Snorharen: | □ N / □ Afw. |
| 18.Neusgaten: | □ N / □ Afw. | 20.Ademhaling: | □ N / □ Afw. |
| **Kaken:** |  |  |  |
| 21.Onderbeet >2mm: | □ Niet /□ Wel | 22.Overbeet >2mm: | □ Niet /□ Wel |
| 23.Scheve kaak: | □ Niet /□ Wel |  |  |

**TOELICHTING BIJ OPMERKINGEN:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum onderzoek: Handtekening dierenarts en stempel