



DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ / CERTIFICATE OF EYE EXAMINATION

Zvíře/Animal:

Jméno/Name: CHARMEN KIRÁLY PUSZTA

Plemeno/Breed: KOMONDOR Pohlaví/Sex: M F

Datum narození/ Date of birth: 11.02.2016 Barva/Coat colour: BIELA

Registrační číslo/Studbook No: CHKU/KOHI 266/16 Číslo mikročipu/Microchip No: 90004900004x395

Tetování/Tattoo No: Předchozí oftal. vyšetř. / Previous eye examination: ano/yes ne/no Výsledek/Result: bez nálezu/negative částečné změny/partial ch. změny/positive neurčitý/vague changes

Majitel/Owner:

Jméno/Name: PRŮMYSL MIKOLAJ

Bydliště/Address: Ulice/Street: ZRIDELNÍ Č.p./No: 2214 Město/Town: HAVÍROV Postcode: 73201

Telefon/Phone No: 60244034 Stát/Country: CZ

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů / Owner certified verity of above-mentioned specification

Vyšetření/Examination:

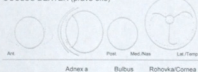
Datum/Date: 1.04.2016 Tetování/Tattoo: správně/correct nečitelné/unreadable nesprávně/incorrect chybějící/absent

Mikročip/Microchip: správně/correct nesprávně/incorrect chybějící/absent

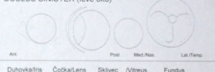
Metody/Methods: přímá/direct ophthalmosc. gonioskopy funduscamera STTL: 50 o. dex. mm/vis IOP: 15 o. dex. mm/Hg

nepřímá/indirect ophthalm. ostatní/others 30 o. sin. mm/vis 15 o. sin. mm/Hg

OCULUS DEXTER (pravé oko)



OCULUS SINISTER (levé oko)



PROSTĚ/UNAFFECTED

POZNÁMKA/COMMENT:

DOPORUČENÍ K CHOVU/RECOMMENDATIONS FOR BREEDING:

NENÍ PROSTĚ/ AFEKCE/AFFECTED

Výsledek/Result of examination:

Zvíře/Animal: JE PROSTĚ/IS UNAFFECTED JE NEJASNĚ/IS FAR FROM CLEAR – NENÍ DOČASNĚ PROSTĚ/ IS TEMPORARILY AFFECTED - NENÍ PROSTĚ/IS AFFECTED - klinických příznaků typických pro dědičnou oční onemocnění uvedená níže / of characteristic clinical signs typical of undermentioned hereditary eye diseases.

Platnost vyšetření na tato onemocnění je omezena na 12 měsíců / Results of examination are valid for 12 months.

PROSTĚ / UNAFFECTED	NEJASNĚ / FAR FROM CLEAR	NENÍ PROSTĚ / AFFECTED	PROSTĚ / UNAFFECTED	NEJ DOČASNĚ PROSTĚ / TEMPORARILY AFFECTED	NENÍ PROSTĚ / AFFECTED
<input type="checkbox"/> Microphthalmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Palpebrální aplazie / Coloboma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ektropium / Euryblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atresia punct. Lacrimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PFM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Goniodyspázie / Glaukom (prim.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Corneal dystrophy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PHTVL / PHPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cataracta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lens luxatio	<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"/>

Vyšetření provedl/Examiner:

Č. protokolu/Protocol No: 5284