




DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ / CERTIFICATE OF EYE EXAMINATION

Zvíře/Animal:

Jméno/Name IVRIA Király PusztóPlemeno/Breed KOMONDOR Pohlaví/Sex M F Datum narození/ Date of birth 19.7.2016 Barva/Coat colour BÍLÁRegistrační číslo/Studbook No CHKVIKOH1276116 Číslo mikročipu/Microchip No 96100019123149Tetování/Tattoo No Předchozí oftal. vyš./Previous eye examination: ano/yes ne/no Výsledek/Result bez nálezu/negative změny/positive částečné změny/partial ch. neurčitý/vague changes

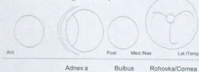
Majitel/Owner:

Jméno/Name PRĚHYSL MIKOLÁŠBydliště/Address Ulice/Street ZÁŘÍDELNÍ Č.p./No 102/19 Město/Town HAVÍŘOV Postcode 73601Telefon/Phone No 602 44 03 11 Stát/Country CZMajitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů / Owner certified verity of above-mentioned specification 

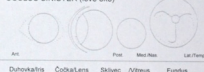
Vyšetření/Examination:

Datum/Date 1.04.2018 Tetování/Tattoo správně/correct nečitelné/unreadable nesprávně/incorrect chybějící/absent Mikročip/Microchip správný/correct nesprávný/incorrect chybějící/absentMetody/Methods přímá/direct ophthalmosc. gonioskopy nepřímá/indirect ophthal. funduscamera aplanační tonometry ostatní/othersSTTL 18 o. dex. mmHg 15 o. sin. mmHgIOP 20 o. dex. mmHg 18 o. sin. mmHg

OCULUS DEXTER (pravé oko)



OCULUS SINISTER (levé oko)



PROSTĚ/UNAFFECTED

NENÍ PROSTĚ/ AFEKCE/AFFECTED

POZNÁMKA/COMMENT:

DOPORUČENÍ K CHOVU/RECOMMENDATIONS FOR BREEDING:

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 dědičná oční onemocnění uvedená níže/ of characteristic clinical signs typical of undermentioned hereditary eye diseases.

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

PROSTĚ / UNAFFECTED	NEJASNĚ / FAR FROM CLEAR	NENÍ PROSTĚ / AFFECTED	PROSTĚ / UNAFFECTED	NENÍ DOČASNĚ PROSTĚ / TEMPORARILY AFFECTED	NENÍ PROSTĚ / AFFECTED
<input type="checkbox"/> Microphthalmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entropion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Palpebrální aplazie / Coloboma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ektropion / 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"/> PPM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Goniodysplasia /Glaukom (grim.)	<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: 5259