



DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ/ CERTIFICATE OF EYE EXAMINATION

Zvíře/Animal:

Jméno/Name: BUBA KRALY PASTA
 Plemeno/Breed: KARPAČKA Pohlaví/Sex: M F
 Datum narození/ Date of birth: 11. 2013 Barva/Coat colour: č.č.
 Registrační číslo/Studbook No: PHSV/WH/211/33 Číslo mikročipu/Microchip No: 963 2002 014 1510
 Tetování/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

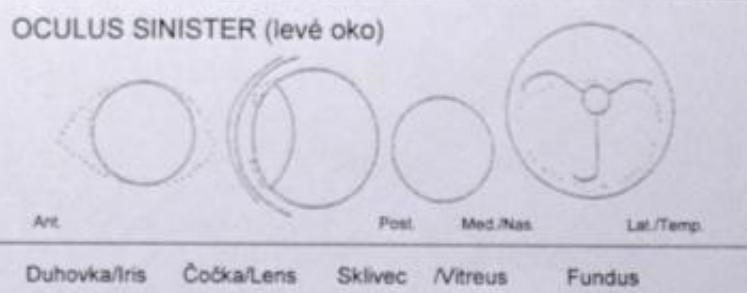
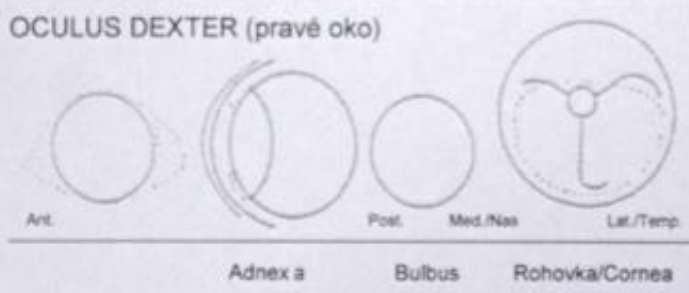
Majitel/Owner:

Jméno/Name: BC JAN PALCČEK
 Bydliště/Adress: Ulice/Street RADLIČNÍ Č.p./No 948 Město/Town HAVÍŘOV Postcode 73601
 Telefon/Phone No: 602 50 62 00 Stát/Country: ČESKÁ REPUBLIKA
 Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů/ Owner certified verity of above-mentioned specification

Vyšetření/Examination:

Identifikace/Animal identification:

Datum/Date: 18-02-2015 Tetování/Tattoo: správně/correct nečitelné/unreadable nesprávně/incorrect chybějící/absent
 Mikročip/Microchip: správný/correct nesprávný/incorrect chybějící/absent
 Metody/Methods: přímá/direct ophthalmosc. gonioskopy nepřímá/indirect ophthalm. funduscamera aplanační tonometry ostatní/others
 STT L: 23 o.dex.mm/min 18 o.sin.mm/min IOP: 22 o.dex.mmHg 21 o.sin.mmHg



PROSTÉ/UNAFFECTED **NENÍ PROSTÉ/ AFEKCE/AFFECTED**
 POZNÁMKA/COMMENT:
 DOPORUČENÍ K CHOVU/RECOMMENDATIONS FOR BREEDING:

Výsledek/Result of examination:

Zvíře/Animal - **JE PROSTÉ/IS UNAFFECTED** - JE NEJASNÉ/IS FAR FROM CLEAR - NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ/ IS TEMPORARILY AFFECTED - NENÍ PROSTÉ/IS AFFECTED - klinických příznaků typických pro dědičná oční onemocnění uvedená níže/ of characteristic clinical sings typical of undermentioded hereditary eye diseases.

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

PROSTÉ / UNAFFECTED	NEJASNÉ / FAR FROM CLEAR	NENÍ PROSTÉ / AFFECTED	PROSTÉ / UNAFFECTED	NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ / TEMPORARILY AFFECTED	NENÍ PROSTÉ / AFFECTED
<input checked="" type="checkbox"/> Microphthalmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Palpebrální aplazie / Coloboma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ektropium / Euryblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Atresia punct. Lacrimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PPM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Goniodysplasia /Glaukom (prim.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Corneal dystrophy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PHTVL / PHPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Cataracta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Lens luxatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> PRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vyšetření provedl/Examiner: MUDr. BUBA KRALY PASTA
 VETPARK Ostrava
 Č.protokolu/Protocol No: 18-02-2015-001