

VETERINÄRINTYG

DJURETS UPPGIFTER

Djurets namn	Födelsedatum	Kön <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Hon	Kastrat <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Hon
Djurslag <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katt <input type="checkbox"/> Fågel <input type="checkbox"/> Övrigt			
ID-/Registreringsnummer		Ras	
Färg och särskilda kännetecken			

KLINISKA IAKTTAGELSER

1 Allmän-tillstånd	2 Hull och storlek	3 Hud och päls	4 Tassar och klor	5 Palperbara lymfknotor	6 Ögon och ögonlock	7 Öron
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning

8 Skalle och munhåla	9 Bett och tänder	10 Buk och bål	11 Cirkulationsorgan	12 Respirationsorgan	13 Yttre genitalorgan	14 Rörelseorgan och svans
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning	<input type="checkbox"/> Anmärkning

Kategori (1–14)	Förklaring till anmärkning
Rekommendation:	
Har djuret behandlats för sjukdom eller skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, förklaring	
Bifoga besöksspecifikationerna för ovan nämnda besök.	

UNDERSKRIFT

Giltigt 7 dagar från utfärdandet	
Ort och datum	Veterinärens underskrift
Stämpel, klinikadress, telefon	