



Untersuchung auf Lebershunt



Angaben zu Patient(en) & Besitzer

NAME ZÜCHTER/EIGENTÜMER

TELEFON

STRASSE & HAUSNUMMER

PLZ & WOHNORT

RASSE

ZWINGERNAME

WURFTAG

..... ↓ Durch die Praxis auszufüllen ↓

NR	CHIPNUMMER	R	H	NH3 µmol/l (Pocket ChemBA)	GALLENSÄURE
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

DATUM

UNTERSCHRIFT ZÜCHTER/EIGENTÜMER

Bestätigung des Tierarztes

Die Identität der Tiere wurde mittels Chipnummer überprüft

DATUM UNTERSUCHUNG: _____

UNTERSCHRIFT: _____

NAME: _____

STEMPEL: _____