

## Besiktningssblankett för assistanshund i utbildning eller i tjänst

<b>Hundägarens uppgifter</b>	Efternamn Förnamn	Telefon		
	Bostadsadress	Postnummer Postadress		
<b>Hundens uppgifter</b>	Namn	Födelsedatum	Kön	Kastrat
	Ras	Vikt	Vaccinerad senast	
	Färg	ID-/chipnummer		
<b>Hundens arbetsuppgifter</b> (fylls i av föraren)	Kan exempelvis innebära att dra rullstol, bära väskor i munnen eller på ryggen och att hoppa upp på stolar och bänkar för att lämna föremål.			

**Nedanstående anmärkningar och omdöme ifylls av veterinär efter utförd besiktning (se nästa sida)**

<b>Eventuella anmärkningar</b>			
<b>Allmänna råd, omdöme.</b> Avser hundens arbetsuppgifter			
<b>Är hunden frisk och arbetsför?</b> Om inte, ange orsak till att hunden inte kan vara i tjänst (även ålder)			
<b>Underskrift</b>	Veterinär	Ort och datum	

Ifylld blankett skickas till SoS kansli.

1/2

<b>Kliniska iakttagelser</b>	<b>1 Allmäntillstånd hull, storlek</b>	<b>2 Lynne</b>	<b>3 Hud, päls, tassar</b>	<b>4 Palpabla lymfknotor</b>
	<input type="checkbox"/> at. u.a. <input type="checkbox"/> at. nedsatt <input type="checkbox"/> överviktig <input type="checkbox"/> mager <input type="checkbox"/> utmärglad <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> reserverad <input type="checkbox"/> rädd <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> utslag <input type="checkbox"/> mjäll <input type="checkbox"/> ohyra <input type="checkbox"/> klåda <input type="checkbox"/> tass-/kloförändringar <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> Generellt förstorade <input type="checkbox"/> lokalt förstorade <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.
	<b>5 Ögon</b>	<b>6 Öron</b>	<b>7 Munhåla, tänder, svalg</b>	<b>8 Buk palpation o rektalisering</b>
	<input type="checkbox"/> konjunktivit <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> entropion <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> ektropion <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> hornhinneskada <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> otit <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> kronisk <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> tandsten <input type="checkbox"/> tandfraktur <input type="checkbox"/> gingivit <input type="checkbox"/> bettfel <input type="checkbox"/> svalg ej undersökt <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> navelbräck <input type="checkbox"/> ljumskbräck <input type="checkbox"/> prostata förstorad <input type="checkbox"/> Rektalisering ej utförd <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.
	<b>9 Cirkulationsorgan</b>	<b>10 Respirationsorg</b>	<b>11 Yttre genitalorgan</b>	
	<input type="checkbox"/> blåsljud <input type="checkbox"/> tecken på hjärtsvikt <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> näsflöde <input type="checkbox"/> missljud vid ausk. <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> kryptokid <input type="checkbox"/> onormal testikelstorlek <input type="checkbox"/> flytning <input type="checkbox"/> juvertumör <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	
<b>12 Rörelseorgan</b>				
<input type="checkbox"/> hålta <input type="checkbox"/> rörelsestörning <input type="checkbox"/> muskelatrofi <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> ömmar vid böjning/sträckning <input type="checkbox"/> bog <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> armbåge <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> knä <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> höft <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> övr. led <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> ömmar vid palpation <input type="checkbox"/> rygg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> patella luxation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> kroksvans <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.		
<b>Hundens namn</b>			<b>Id-/chipnummer</b>	
<b>Underskrift veterinär</b>			<b>Ort och datum</b>	