

Besiktningssblankett för assistanshund i utbildning eller i tjänst

Hundägarens uppgifter	Efternamn Förnamn	Telefon		
	Bostadsadress	Postnummer Postadress		
Hundens uppgifter	Namn	Födelsedatum	Kön	Kastrat
	Ras	Vikt	Vaccinerad senast	
	Färg	ID-/chipnummer		
Hundens arbetsuppgifter (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)

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

1/2

Ifylld blankett skickas till SoS kansli.

Kliniska iakttagelser	1 Allmäntillstånd hull, storlek	2 Lynne	3 Hud, päls, tassar	4 Palpabla lymfknotor
	<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.
	5 Ögon	6 Öron	7 Munhåla, tänder, svalg	8 Buk palpation o rektalisering
	<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"/> ljumsnbräck <input type="checkbox"/> prostata förstorad <input type="checkbox"/> Rektalisering ej utförd <input type="checkbox"/> övrigt <input type="checkbox"/> u.a.
9 Cirkulationsorgan	10 Respirationsorg	11 Yttre genitalorgan		
<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.		
12 Rörelseorgan				
<input type="checkbox"/> håla <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.		
Hundens namn			Id-/chipnummer	
Underskrift veterinär			Ort och datum	