



Box 7024 181 23 STOCKHOLM 4 08-670 48 95

Veterinärintyg
HÄST

Önskatlag begränsat av

Djurägare

Annan vem?

Köpen utvärskad
 Söjens utvärskad

Hälsare
Ejare

Personnamn - Efternamn
ANNAMARI SIPILÄ

Hälsningsgrunder

Profunditet Fötterna

Hälsnings
signaler
märk

Hälsnings
märk
DHAKI JET

Födelsdatum och dag
19-6-4

Idrott
AMER

Idrottslicensnummer
1-8D1548

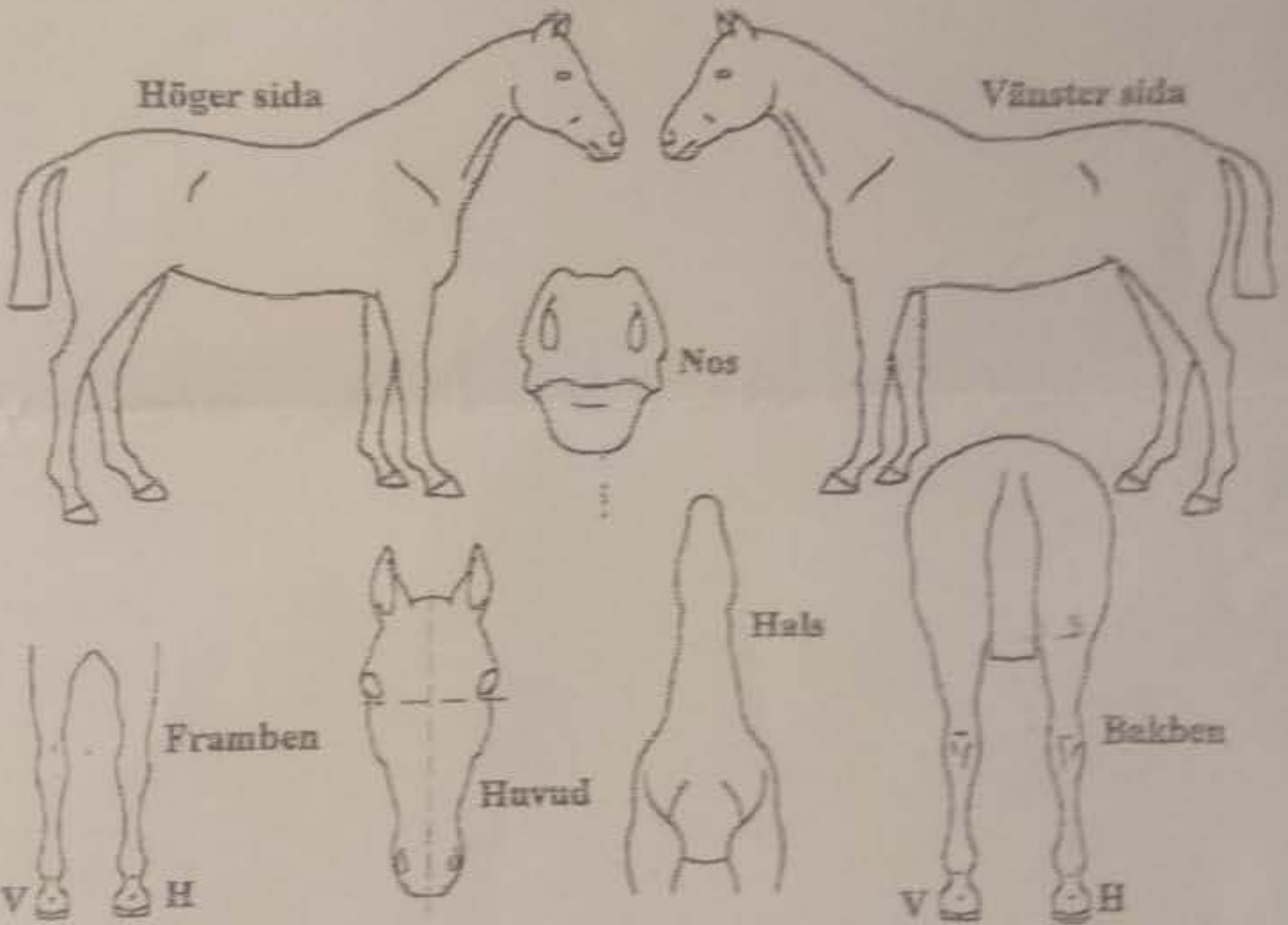
Arbetslag
TRAV

Färg
MÖRKBRUN

Rita i vita locken

Markera hårvirvlar
med X

Beskriv ärr och märken
med →



Övriga uppgiftsplatser (för not)

Veterinärintyg
HÄST



Box 7036 197 23 STOCKHOLM 40 06085 630 00

Födelsår och dag: 19-6-4
Kön: Vagn Sto Valack

Individnummer: DHAKI JET

1 Extremiteter	2 Bål	3 Hud	4 Muskulatur																																																
<input checked="" type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Brutet beaxel <input type="checkbox"/> Gellar <input type="checkbox"/> Bortat <input type="checkbox"/> Högar <input type="checkbox"/> Överben <input type="checkbox"/> Övrigt	<input checked="" type="checkbox"/> Gott håll <input type="checkbox"/> Normalt håll <input type="checkbox"/> Dåligt håll <input type="checkbox"/> Glansig hårrem <input type="checkbox"/> Dålig hårrem <input type="checkbox"/> Övrigt	<input checked="" type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Sårskador <input type="checkbox"/> Karlekinflammation <input type="checkbox"/> Eksem / Utslag <input type="checkbox"/> Sadelstadsknutor <input type="checkbox"/> Inkar, vårtor <input type="checkbox"/> Navelsäck, -böld <input type="checkbox"/> Övrigt	<input checked="" type="checkbox"/> Normalt musklad <input type="checkbox"/> Dåligt musklad <input type="checkbox"/> Asymmetri <input type="checkbox"/> Ömhet (OBS i Rygg) <input type="checkbox"/> Övrigt																																																
5 Huvud och hals	6 Könsorgan	7 Respiration	8 Cirkulation																																																
<input checked="" type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Ögon <input checked="" type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Ej u.a. <input type="checkbox"/> Öron <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar <input type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Ej u.a. <input type="checkbox"/> Värre <input type="checkbox"/> Övrigt	<input checked="" type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Kryptorchid <input type="checkbox"/> Roterad testikel <input type="checkbox"/> Onormal storlek <input type="checkbox"/> Lutande vulva <input type="checkbox"/> Flyttning <input type="checkbox"/> Övrigt	<input checked="" type="checkbox"/> U.a. suck <input type="checkbox"/> Positiv hostprov. <input type="checkbox"/> Spontan hosta <input type="checkbox"/> Nästveda <input type="checkbox"/> Missfjud <input type="checkbox"/> Övrigt	<input checked="" type="checkbox"/> U.a. suck <input type="checkbox"/> Missfjud <input type="checkbox"/> Hög hjärtfrekvens <input type="checkbox"/> Arytmi <input type="checkbox"/> Övrigt																																																
9 Sårer / sårskador	10 Hovar	11 Rörreiser	12 Bälprov	13 Längering / Rödprov																																															
<input checked="" type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Ansvevning <input type="checkbox"/> Clonus <input type="checkbox"/> Avläst eller skada <input type="checkbox"/> Övrigt	<input checked="" type="checkbox"/> U.a. <input type="checkbox"/> Spricks / or <input type="checkbox"/> Föregångaren <input type="checkbox"/> Skovhov <input type="checkbox"/> Strålnen <input type="checkbox"/> Hålvägg <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> Sular*	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ben</th> <th>Sårin initialt</th> <th>Trov initialt</th> <th>Hela benet</th> <th>Vänster- varv</th> <th>Höger- varv</th> <th>Röd- prov</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Höj^o</th> <th>Höj^o</th> <th>Höj^o</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VF</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HF</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VB</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HB</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Ben	Sårin initialt	Trov initialt	Hela benet	Vänster- varv	Höger- varv	Röd- prov		Höj ^o	Höj ^o	Höj ^o				VF	0	0					HF	0	0					VB	0	0					HB	0	0					<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vänster- varv</th> <th>Höger- varv</th> <th>Röd- prov</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Vänster- varv	Höger- varv	Röd- prov			
Ben	Sårin initialt	Trov initialt	Hela benet	Vänster- varv	Höger- varv	Röd- prov																																													
	Höj ^o	Höj ^o	Höj ^o																																																
VF	0	0																																																	
HF	0	0																																																	
VB	0	0																																																	
HB	0	0																																																	
Vänster- varv	Höger- varv	Röd- prov																																																	

Vaccinerad mot: Stelkramp Influensa

* Vid misstänkt eller misstänkt

Placering av stötblådder ovan:

Spårskador/tear:

Sårer/tear/Blådder:

Placering av teat/underarmarna/kanadans tillgång underarmarna/underarmarna/underarmarna:

Get/Datum: 13.9-24

Klinisk Veterinär: Marjut Stenber

Redov.nr: Vet. MED. LIC 08

Signature: MARJUT STENBER