

Försäkringsnummer

## Besiktning begärd av

Djurägare  ICA 

Med anledning av

Försäkring  Försäljning/överlåtelse 

## Djurägare

Förnamn

Efternamn

Personnummer – 10 siffror

Telefon dagtid/mobil

Mejl

## Djurets signalement

Djurslag

Namn

Född (år-mån-dag)

Kön

Hund  Katt Hona  Hane 

Kastrerad

Ras

ID-/Registreringsnummer

Ja  Nej 

Färg och särskilda kännetecken

## Kliniska iakttagelser

## 1. Allmäntillstånd, hull och storlek

Nedsatt  Överviktig  Mager  Utmärglad  Övrigt  U a 

## 2. Lynne

Rädd  Aggressiv  Övrigt  U a 

## 3. Hud, hårrem och tassar

Utslag  Mjäll  Ohyra  Klåda  Tass/kloförändringar  Övrigt  U a 

## 4. Palpabla lymfknotor

Generellt för stora  Lokalt ansvallda  Övrigt  U a 

## 5. Ögon

Konjunktivit

Entropion

Ektropion

Hornhinneskada

Vä  Hö Vä  Hö Vä  Hö Vä  Hö Övrigt  U a 

## 6. Öron

Otit

Vä  Hö Övrigt  U a 

## 7. Munhåla, tänder och svalg

Tandsten  Tandfraktur  Gingivit  Bettfel  Svalj ej undersökt  Övrigt  U a 

## 8. Bukorgan, bukpalpation och rektalisering

Navelbräck  Ljumsbräck  Prostata förstörd  Rektalisering ej utförd  Övrigt  U a 

## 9. Cirkulationsorgan

Blåsljud  Tecken på hjärtsvikt  Övrigt  U a 

## 10. Respirationsorgan

Näsflöde  Missljud vid ausk.  Onormal andning  Positiv hostprovokation  Övrigt  U a 

## 11. Yttre genitalorgan

Kryptorkid  Onormal testikelstorlek  Flytning  Juvertumör  För ung för slutgiltig bedömning av testikelstatus  Övrigt  U a 

## 12. Rörelseorgan

Hälta  Muskelatrofi  Rörelsestörning  Övrigt  U a 

Ömmar vid böjning/sträckning av:

Bog: Vä  Hö  Armbåge: Vä  Hö 

Ömmar vid böjning/sträckning av rygg:

Knä: Vä  Hö Höft: Vä  Hö Övriga leder: Vä  Hö Ja  Nej Patellaluxation: Ja  Nej Kroksvans: Ja  Nej För ung för slutgiltig bedömning av patellastatus Övrigt  U a

Förklaring till anmärkningar i kliniska iakttagelser:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Behandlas eller har djuret behandlats/undersökts för sjukdom eller skada, enligt undertecknads kännedom?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Är röntgen, EKG, ultraljud eller ögonlysning utförd?

Ja  Nej  Om ja, vad var resultatet?

Allmänt omdöme/råd

---

## Underskrift

Ort och datum

Namnteckning veterinär

Namnförtydligande

Klinikadress, telefon

---

Veterinärintyget är giltigt 7 dagar från utfärdandet.

Veterinärintyget skickas till:

**Svedea AB**

**Box 3489**

**103 69 Stockholm**

033-47 47 90

icadjurskador@svedea.se

icaforsakring.se