



Tier animal

Name name: Tegans Moonlight Breeze
 Rasse breed: Australian Labradoodle
 Zuchtbuch Nr. registration no.: 16494
 Mikrochip Nr. microchip no.: 900032002197650
 Wurfdatum date of birth: 01 - 12 - 2015
 Geschlecht sex: Weiblich female / Männlich male
 Bisherige Untersuchungen previous examination: Nein no / Ja yes
 Wenn abnormal: Datum, Zert. Nr. + Reg. Nr. Unters. date, cert.no. + reg.no. examin.
 DNA-Tests: Nein no / Ja yes
 Typ, Datum type, date

Eigentümer/Besitzer owner/agent

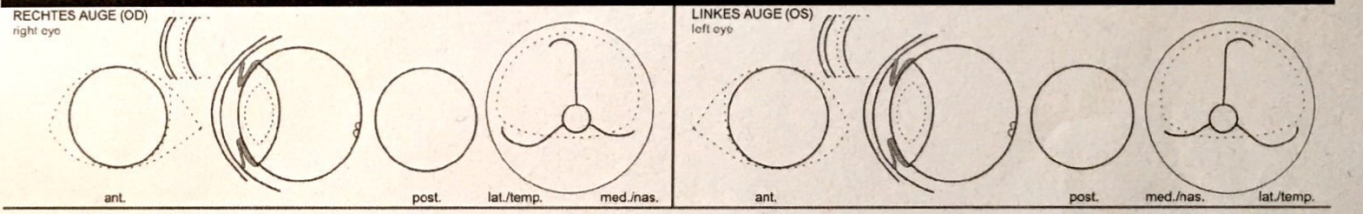
Name name: Elisabeth Von Zedlitz
 Adresse address: Edelrather Weg 156c
 Land country, PLZ ZIP code: DE 51375
 Wohnort town: Leverkusen

Der Unterzeichnende wurde über die Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes (DOK) und des European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) informiert und ist damit einverstanden. Er bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist. Dieses Zertifikat wird zum Zweck der Befundung für die Zucht ausgestellt und elektronisch gespeichert. Die angegebenen personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Vertragserfüllung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b DSGVO verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur, sofern dies zum Zweck der Vertragsabwicklung erforderlich ist, eine gesetzliche Verpflichtung besteht oder ein überwiegendes wissenschaftliches Interesse des DOK vorliegt. Die anonymisierten Untersuchungsergebnisse können durch den DOK, das ECVO und VetZ ausgewertet und veröffentlicht werden.
 The undersigned has been informed and agrees to the rules of the national eye scheme (DOK) and the European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO). The undersigned confirms that the animal submitted for examination is the one described above. This certificate is issued for breeding-related diagnostic purposes and stored electronically. The personal data provided are processed for the purpose of fulfilling the contract in accordance with Article 6 (1) (b) GDPR. The data will only be passed on to third parties if this is necessary for the performance of the contract or for compliance with a legal obligation or for the purposes of the legitimate scientific interests pursued by DOK. The anonymised test results can be evaluated and published by DOK, ECVO and VetZ.

Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer date, signature owner/agent

Untersuchung examination

Datum date: 03 - 09 - 2019
 Standardmethode: Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie > 10x
 Mydriatic, indirect ophthalmoscopy and binocular biomicroscopy > 10x
 Zusätzlich optional: Direkte Ophthalmoskopie / Gonioskopie (ohne Mydriatikum) / Tonometrie (ohne Mydriatikum) / Foto
 Weitere:
 Kontrolle der Tätowierung check tattoo: Richtig correct / Teilweise/unleserlich partly/unreadable / Falsch incorrect / Fehlt absent / Ohne without
 Kontrolle des Mikrochips check microchip: Richtig correct / Falsch incorrect / Fehlt absent / Ohne without



Anmerkungen: descriptive comments
 Augenerkrankung Nr.: eye disease no.: Geringgradig mild / Hochgradig severe
 Kammerwinkelweite ICA width: Eng (mittelgradig) narrow (moderate) / Verschlussen (hochgradig) closed (severe)
 8. ICAA: Lig. Pectinatum Anomalie PLA: Geringgradig mild / Mittelgradig moderate / Hochgradig severe

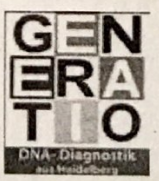
Erbliche und vermutlich erbliche Augenerkrankungen: Known and presumed hereditary eye diseases

	* FREI	** ZWEIFELHAFT	* NICHT FREI	* FREI	** VORLÄUFIG NICHT FREI	* NICHT FREI
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (kongenital)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinadysplasie (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypoplasie/Mikropapille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Augenanomalie (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige: other	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kammerwinkelanomalie (ICAA) (nur nach Gonioskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Iris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kornea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Entropium/Trichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ektropium/Makroblepharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Distichiasis/ektopische Zilien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Korneadystrophie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Katarakt (nicht-kongenital)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Linsenluxation (primär)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Retinadegeneration (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sonstige: other	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärungen interpretation

* „Frei“: Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. „Nicht frei“: Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung sind vorhanden.
 ** Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.
 *** Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in Monaten.

Für weitere Information bitte wenden an: Untersucher examiner: Dr. Ute Hüby
 Ort place: Köln
 07-2019 © ECVO



Der/Die Unterzeichnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.
 The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown.

Name name: Dr. Ute Hüby
 Ort place: Köln
 Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO signature examiner, authorized by ECVO
 Breuerstr. 24 • 51103 Köln (Köl) Telefon 0221- 85 30 07