



Kattförbundet  
SVERAK

# BESIKTNINGSINTYG- KATTUNGE

Under 8 månaders ålder

Besiktning begärd av ☐ djurägare ☐ försäkringsbolag ☐ annan Med anledning av ☐ försäkring ☐ försäljning ☐ annan

Veterinärbesiktningen bör göras så nära leveransen som möjligt och får ej vara äldre än sju dagar enligt SVERAKs grundregel 4.2.2

## UPPGIFTER OM KATTEN

|                           |                                 |                           |                                                                                                |                                          |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Kattens namn i stamtavlan |                                 | Födelsedatum (ÅÅÅÅ-MM-DD) | Kön<br><input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Ja | Kastrerad<br><input type="checkbox"/> Ja |
| Ras                       | Registreringsnummer i stamtavla | ID-nummer                 |                                                                                                |                                          |
| Färg och mönster          |                                 |                           |                                                                                                |                                          |

## UPPGIFTER AV UPPFÖDAREN/ÄGAREN

|                                  |         |                                                                                                                                   |
|----------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| För- och efternamn               |         | 1. Den aktuella kullen är född genom kejsarsnitt<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv nedan       |
| Gatuadress                       |         | 2. Kattungen har tidigare behandlats för sjukdom/skada<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv nedan |
| Postnummer                       | Postort |                                                                                                                                   |
| Personnummer/Organisationsnummer |         | Härmed försäkrar jag att de uppgifter jag lämnat stämmer<br>Ort och datum Underskrift (uppfödare/ägare)                           |
| Tel.nr                           |         |                                                                                                                                   |
| E-postadress                     |         |                                                                                                                                   |

## VETERINÄRENS KLINISKA IAKTTAGELSER

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Allmäntillstånd</b><br><input type="checkbox"/> Påverkat <input type="checkbox"/> ua                                                     | <b>8. Ögon och ögonlock</b><br><input type="checkbox"/> Entropion<br><input type="checkbox"/> Ektropion<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                                  | <b>12. Respirationsorgan</b><br><input type="checkbox"/> Avvikande andning<br><input type="checkbox"/> Andningsmissljud övre luftvägar<br><input type="checkbox"/> Andningsmissljud nedre luftvägar<br><input type="checkbox"/> Knipta näsborrar<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                | <b>15. Urin och könsorgan, HANE</b><br><i>Slutgiltig testikelstatus kan endast fastställas efter 6 mån</i><br><input type="checkbox"/> Flytningar<br><input type="checkbox"/> Testiklar ej belagda i pungen vid undersökningen<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua |
| <b>2. Hull</b><br><input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Över <input type="checkbox"/> Normalt<br>BCS 1-9 .....<br>Vikt ..... | <b>9. Skalle, munhåla och svalg</b><br><input type="checkbox"/> Öppen fontanell<br><input type="checkbox"/> Inflammation/irritation munhåla/svalg<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                        | <b>13. Cirkulationsorgan</b><br><input type="checkbox"/> Blåsljud<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                                                                                                                                                               | <b>Urin och könsorgan, HONA</b><br><input type="checkbox"/> Flytningar<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                                                                                                                         |
| <b>3. Lynne</b><br><input type="checkbox"/> Iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                            | <b>10. Bett och tänder</b><br><i>Slutgiltig bettstatus kan endast fastställas på vuxen katt</i><br><input type="checkbox"/> Tandsten<br><input type="checkbox"/> Bettfel<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua | <b>14. Rörelseorgan</b><br><i>Slutgiltig status avseende patellor (knäskålar) kan endast fastställas efter 12 månaders ålder</i><br><input type="checkbox"/> Hälta<br><input type="checkbox"/> Smärta vid palpation<br><input type="checkbox"/> Patellaluxation<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua | <b>16. Buk och bål</b><br><input type="checkbox"/> Navelbräck<br><input type="checkbox"/> Annan iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                                                                                                                                  |
| <b>4. Lymfknutor</b><br><input type="checkbox"/> Iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>5. Hud och päls</b><br><input type="checkbox"/> Iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>6. Tassar och klor</b><br><input type="checkbox"/> Iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>7. Öron</b><br><input type="checkbox"/> Iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                             | <b>11. Svans</b><br><input type="checkbox"/> Iakttagelse <input type="checkbox"/> ua                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Beskrivning av kliniska iakttagelser (ange 1-16 och beskriv)                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    | Är kattungen väl utvecklad för sin ålder och bedöms kunna flytta till nytt hem före 14 veckors ålder?<br>(Enligt Jordbruksverkets regler, från 12 veckors ålder)<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej relevant <input type="checkbox"/> Ja, jag intygar: .....                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    | Ort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Kommentarer avseende individ eller kullsyskon                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                    | Veterinärens underskrift och stämpel                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |