



## Tier animal

Name **Ayurveda Yan Sascha Logan**

Rasse **Sheltie (Shetland Sheepdog)** Zuchtverband **Club für Britische Hütehunde e.V.**

Zuchtbuch Nr. **VDH/ZBrH SHE 24521** Farbe **sable**

Mikrochip Nr. **278095610140347** Tätowier Nr.

Wurfdatum **28 - 08 - 2015** Geschlecht  Weiblich female  Männlich male Bisherige Untersuchungen  Nein no  Ja yes  Frei unaffected  Zweifelhafte undetermined  Vorläufig nicht frei suspicious  Nicht frei affected

Wenn abnormal: **F** abnormal date, cert.no. + reg.no. examin. Datum, Zert. Nr. + Reg. Nr. Unters. **13.10.15**

DNA-Tests:  Nein no  Ja yes Typ, Datum

## Eigentümer/Besitzer owner/agent

Name **Wolfgang Woltersdorf**

Adresse **Seligenstädter str. 94**

Land, PLZ **DE 63073** Wohnort **Offenbach**

Der Untersucher/Inhaber ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes (DOK) und des European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) einverstanden und bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgeschickte Tier das oben beschriebene ist. Er stimmt der elektronischen Speicherung dieses Zertifikates durch den DOK und seine Vertragspartner ausdrücklich zu und genehmigt die Weiterleitung des Zertifikates an den oben angegebenen Zuchtverband. Er ist mit Auswertung der nachfolgenden Untersuchungsergebnisse einverstanden und erlaubt anonymisierte Veröffentlichungen der Untersuchungsergebnisse durch den DOK, das ECVO und deren Vertragspartner.

The undersigned agrees to the rules of the national scheme (DOK) or the European Coll of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signature above means that the undersigned agrees expressly to the electronic storage of the certificate by the DOK and its authorised partners and approves the transfer of the certificate to the above mentioned breeding club. He agrees with conditions of the following results and allows anonymous publication of the results by the DOK, the ECVO, and their authorised partners.

**13.10.15** *Woltersdorf*  
Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer  
date, signature owner/agent

## Untersuchung examination

Datum **13 - 10 - 2015**

Standardmethode: **Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampe-Biomikroskopie > 10x**

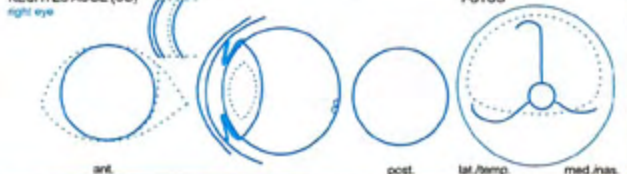
Zusätzlich:  Direkte Ophthalmoskopie  Gonioskopie (ohne Mydriatikum)  Tonometrie (ohne Mydriatikum)  Foto

Kontrolle der Tätowierung  Richtig correct  Teilweise/unleserlich partly/unreadable  Falsch incorrect  Fehlt absent  Ohne without

Kontrolle des Mikrochips  Richtig correct  Falsch incorrect  Fehlt absent  Ohne without

Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.  
If an other method is used, this form only has value with a specifying certificate.

## RECHTES AUGE (OD) right eye



## LINKES AUGE (OD) left eye



Anmerkungen: **Augenerkrankung Nr.:**  Geringgradig mild  Mittlegradig moderate  Hochgradig severe

N.B.: Nicht frei von **code** affected by

Name der Erkrankung/Die Erblichkeit ist bei dieser Rasse nicht definitiv geklärt.  
name of disease/under investigation, not yet proven to be inherited in this breed.

## Ergebnisse für wahrscheinlich erbliche Augenerkrankheiten: results for the presumed hereditary eye diseases

|   | FREI                                | ZWEIFELHAFT              | NICHT FREI               |   |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Iris <input type="checkbox"/> Kornea   |
| 2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Linse <input type="checkbox"/> Vorderkammer  |
| 3. Katarakt (kongenital)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2-6   |
| 4. Retinadysplasie (rd)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (Multifokal) <input type="checkbox"/> Geografisch <input type="checkbox"/> Total           |
| 5. Hypoplasie-/Mikropapille   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Choroid, Hypoplasie  |
| 6. Collie Augenanomalie (CA)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> Sonstige  |
| 7. Sonstige: other  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kurze Trabekel <input type="checkbox"/> Gewebefrühen <input type="checkbox"/> Total dyspl. |

## Bescheinigt für 12 Monate results valid for 12 months

|                                    | FREI                                | VORLÄUFIG NICHT FREI     | NICHT FREI               |   |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 11. Entropium/Trichiasis           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Corneale <input type="checkbox"/> Post. post. <input type="checkbox"/> Sclera ant. <input type="checkbox"/> Punctate <input type="checkbox"/> Nukleare <input type="checkbox"/> Sonstige |
| 12. Ektropium/Makroblepharon       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 13. Distichiasis/ektopische Zilien | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 14. Korneadystrophie               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 15. Katarakt (nicht-kongenital)    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 16. Linsenluxation (primär)        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 17. Retinadegeneration (PRA)       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 18. Sonstige: other                | <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. „Unaffected“ signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specified, whereas „affected“ signifies that there is such evidence.
- \*\* Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch. The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed inherited eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.
- \*\*\* Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in ..... Monaten. The animal displays minor, but specific clinical signs of the presumed inherited eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Reexamination in ..... months.

## Für weitere Information bitte wenden an:

## Untersucher examiner

Der/Die Untersucher/Inhaber 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 **Dr. Birgit Hafemeister**

Ort **Dreieich**

05-2013 © ECVO



Verband für das Deutsche Hundewesen e.V.

**Dr. med. vet. Birgit Hafemeister**  
Dreieich  
Tierärztliche Praxis für Augenheilkunde  
Signature: *Birgit Hafemeister*  
signature examiner, authorized by ECVO