

Frågeformulär projektet dilaterad kardiomyopati (DCM)

Hundens namn.....Ras:.....

Registreringsnummer..... Chip/tattoo nummer.....

Födelsedatum..... Kön: Tik Hane

Djurägarens namn.....

Djurägarens adress..... Postadress.....

Djurägarens telefonnummer.....Djurägarens e-postadress.....

Behandlande veterinär.....Klinikens namn.....

Veterinär telefonnummer.....Veterinär e-postadress.....

Har hunden eller har haft något/några av följande sjukdomstecken:

- Blåsljud Trötthet Svimningar Rytmrubbning Sänkt prestationsförmåga
 Påverkad andning Hosta Ökat bukomfång Sänkt aptit Avmagring Övrigt

Beskriv ev. sjukdomstecken:
.....

Senaste veterinärundersökning utförd Datum:..... Ej veterinärundersökt

Har hunden genomgått ultraljudsundersökning Ja Datum:..... Nej

Beskriv eventuella fynd:
.....

Har hunden genomgått röntgenundersökning Ja Datum:..... Nej

Beskriv eventuella fynd:
.....

Har hunden diagnosticerats med hjärtsvikt (vätska i lungorna eller buken):

Ja Datum:..... Nej

Står hunden idag på någon behandling? Ja Nej

Om ja, ange vilka mediciner:

Datum.....Underskrift djurägare.....