

Welsh Springer Spanielklubben

www.wssk.se



Inrapportering av sjukdomar till WSSK avelsansvarig

De uppgifter som lämnas på denna blankett kommer att arkiveras i pärmen för inrapportering av defekter på rasen som handhas av avelsansvarig i klubben.

Blanketten postas till: se postadress på [www.wssk.se/avel/inrapportering till WSSK avelsansvarig](http://www.wssk.se/avel/inrapportering_till_WSSK_avelsansvarig)
alternativt via e-mail till avel@wssk.se

Hundens namn & reg. nr. (officiellt namn, se stamtavla)
Fars namn & reg. nr. (officiellt namn, se stamtavla)
Mors namn & reg. nr. (officiellt namn, se stamtavla)

Ägare

Namn:	Tel. nr:
Adress:	Mobil nr:
Postadress:	E-mail:

Min hund har drabbats av följande sjukdom:

Är diagnosen fastställd av veterinär ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Datum för fastställande: _____
Är uppfödaren informerad ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	
Finns veterinärutlåtande ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Om Ja, v.v. bifoga kopia på veterinärutlåtandet
Är hunden avlivad pga. sjukdomen ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Vid vilken ålder? _____
Vet du om några syskon drabbats ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	

Ifylles vid epilepsianfall

När inträffade första anfall ? _____	Antal anfall: _____				
Är anfällen återkommande ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Tidsintervall: _____
Har prover tagits på hunden ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Resultat: _____
Har hunden varit med on någon olycka ?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Typ av olycka: _____
					När inträffade olyckan ? _____

Ett stort tack för att du valt att lämna dessa uppgifter till avelsansvarig! Uppgifterna är till stor hjälp för fortsatt avelsarbete.

Jag godkänner att lämnade uppgifter får användas för hälsobefrämjande åtgärder

Namn: _____

Datum: _____