

Navn	Race	Farve	Køn
Fødselsdato	Reg. nr.	Chip nr.	

**Køber:**
**Sælger:**

Lokaltet for undersøgelsen: \_\_\_\_\_

- Rutinemæssig undersøgelse
- Undersøgelse s.f.a kliniske symptomer. Pkt. \_\_\_\_\_ i sundhedsundersøgelsesformularen
- Med klinisk undersøgelse den: \_\_\_\_\_  Uden klinisk undersøgelse
- Hesten skal anvendes til: \_\_\_\_\_

## REGIONER OG PROJEKTIONER

**Tæer:**

1. VF:  dorsopalmar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 lateromedial: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 andre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. HF:  dorsopalmar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 lateromedial: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 andre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. VB:  dorsopalmar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 lateromedial: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 andre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. HB:  dorsopalmar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 lateromedial: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 andre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Hovseneben:**

- med sko  uden sko  hove pakket  raster
- DPr-PaDiO  PaPr-PaDiO  lateral

5. VF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. HF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Knæ:**

9. VB:  caudolateral-craniomedial oblique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 andre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. HB:  caudolateral-craniomedial oblique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 andre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

