

**Algemeen en klinisch onderzoek**

	niet afwijkend	afwijkend
bouw en stand	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voedingstoestand	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huid en haar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slijmvliezen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lymfeknopen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ogen en oogleden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Respiratie-apparaat</b>		
ademhaling in rust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
type v.d. ademhaling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spontaan hoesten	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
larynx gevoeligheid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ademhaling na arbeid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afwijkende geluiden	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
laryngoscopie uitgevoerd	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
laryngoscopie bevindingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nut
<b>Circulatie-apparaat</b>		
perifere circulatie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hart in rust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hart na arbeid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Digestie-app.</b> (uitw.insp.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mond, gebit, tong	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Urogen-app.</b> (uitw.insp.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zenuwstelsel</b>		
staarttonus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
correctiereflexen via staart	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coördinatie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Buigproeven:**

Aanspannen:

LV niet gevoelig / gevoelig	Wegdraven na 1 min. buigen:	LV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RV niet gevoelig / gevoelig		RV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA niet gevoelig / gevoelig		LA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RA niet gevoelig / gevoelig		RA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Röntgenonderzoek verricht:  wel  niet

Aantal röntgenfoto's: \_\_\_\_\_

**Beoordeling van de röntgenfoto's:**

		<b>Klasse-indeling</b>		
Straalbeen	LV	<input type="checkbox"/>	RV	<input type="checkbox"/>
Kootgewricht	LV	<input type="checkbox"/>	RV	<input type="checkbox"/>
Sesambeenderen	LV	<input type="checkbox"/>	RV	<input type="checkbox"/>
Spronggewricht	LA	<input type="checkbox"/>	RA	<input type="checkbox"/>
		<b>Fragmenten</b>		
		-	+	
Kootgewricht	LV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kootgewricht	RV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kniegewricht	LA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kniegewricht	RA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spronggewricht	LA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spronggewricht	RA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kootgewricht	LA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kootgewricht	RA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Röntgenonderzoek van andere onderdelen / neven-bevindingen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Andere opmerkingen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

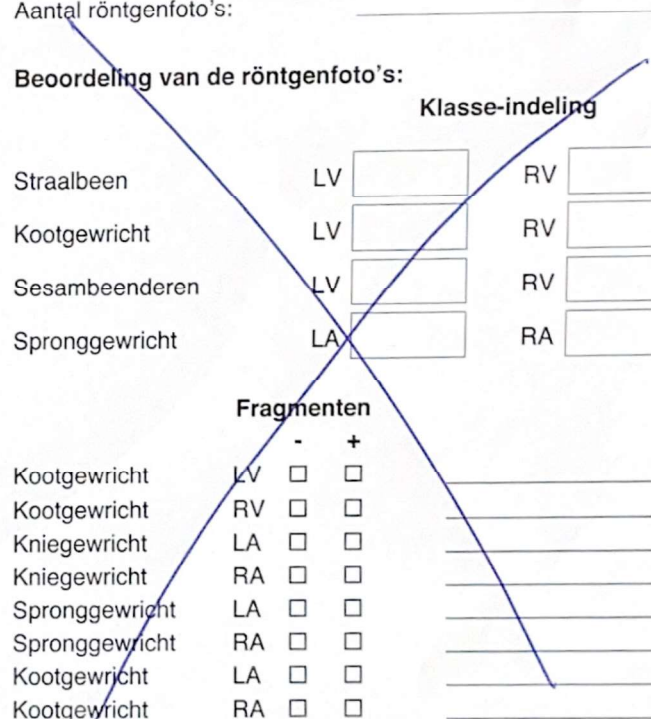
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Inspectie, palpatie en eventueel percussie**

	niet afwijkend	afwijkend
hoofd	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hals	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schoft	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rug	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kruis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linker voorbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechter voorbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linker achterbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechter achterbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hoeven</b>		
hoornkwaliteit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoefpercussie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoefvorm	<input type="checkbox"/> gelijk	<input type="checkbox"/> niet gelijk
hoefbeslag	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> voor / rondom
type beslag		

*schiefel laterale zijde ojp*

**Monstern**

	niet afwijkend	afwijkend
<b>In stap op harde bodem</b>		
op de rechte lijn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op linker kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op rechter kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>In draf op harde bodem</b>		
op de rechte lijn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op linker kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op rechter kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>In draf op zachte bodem</b>		
op linker kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op rechter kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>In galop op zachte bodem</b>		
op linker kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op rechter kleine volte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Onderzoeksrapport

Nummer: 375356

Naar het ontwerp van de Groep Geneeskunde van het Paard van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde, waarbij de keuring plaatsvindt met het boek "De veterinaire keuring van het paard" uitgave 2007 als leidraad.

## Signalement

Naam: Nomana Samoa

Ras of type: AES

Stamb. no.: 826002180 882625

Chipnummer: S28200200001764

Afst.: Flynn x Pacific

Leeftijd: 3 jaar Geslacht: merrie

Kleur: donkere wos Stokmaat ± 1,65 m

Opdrachtgever bij keuring aanwezig: ja / nee

Opdrachtgever is: koper / verkoper / anders, namelijk \_\_\_\_\_

Graad van africhting (volgens verklaring opdrachtgever): zadelmal

Gebruiksdoel (volgens verklaring opdrachtgever): fokkerij / sport

Plaats waar keuring plaatsvindt: op kliniek / elders, namelijk Stal de Graaf

## Aftekeningen

Hoofd: Zie schets paspoort

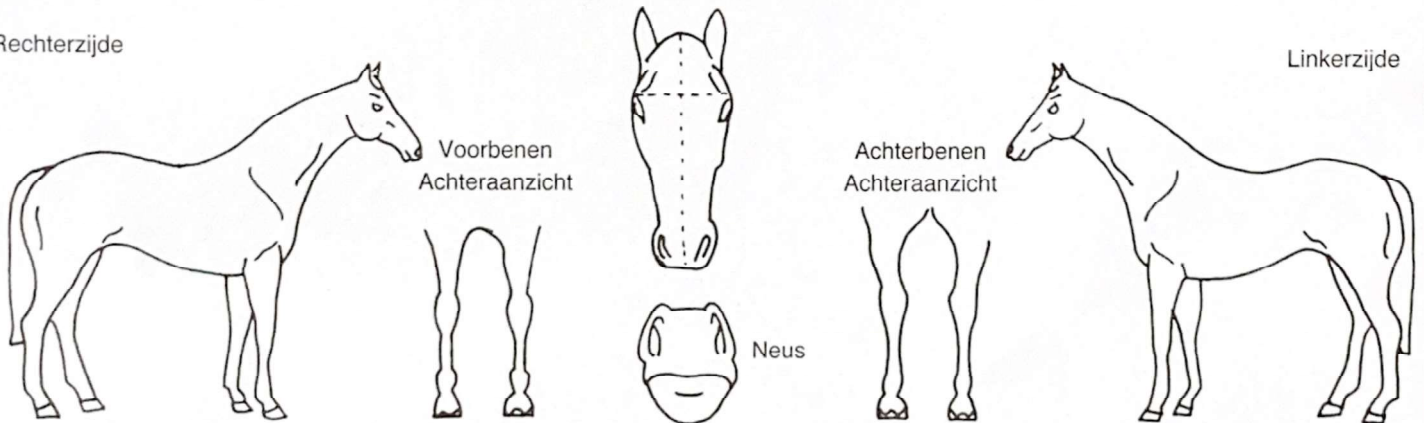
LV: \_\_\_\_\_ LA: \_\_\_\_\_

RV: \_\_\_\_\_ RA: \_\_\_\_\_

Overige: \_\_\_\_\_

Rechterzijde

Linkerzijde



Zijn er tijdens de keuring bevindingen gedaan mogelijk wijzend op ondeugden ? nee (Indien ja: Details \_\_\_\_\_)

Is er bloed afgenomen en bewaard door de keurend dierenarts ? ja / nee → 3 mnd bewaard

Is er bloed getest op het voorkomen van ongeoorloofde middelen op verzoek van de opdrachtgever ? nee (Indien ja: Resultaten \_\_\_\_\_)

Dierenartsenpraktijk (stempel):  
**DAP Suylighem BV**  
Mertstraat 2D  
5305 TE Zuilichem  
0418-671802  
info@dap-s.nl

## CONCLUSIE:

klinisch gezond paard

Aldus onderzocht en gerapporteerd door mij:

MHC Nijdt

dierenarts te:

Zuilichem, NL

Dit rapport geeft alleen de toestand weer op: 6-7-21 (datum)

Handtekening opdrachtgever:

[Handwritten signature]

Handtekening keurende dierenarts:

[Handwritten signature]