



Ultraschall Untersuchungsergebnis Feline Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, PKD

Angaben zur Katze:

Name der Katze: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Chipnummer: _____ Zuchtbuchnr.: _____

Besitzer: _____

Adresse: _____

Hiermit wird bestätigt, dass oben genannte Angaben korrekt sind und auf die vorgestellte Katze zutreffen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Besitzer: _____

Ultraschalluntersuchung:

Schallkopf/Frequenz: _____

Befund:

linke Niere: keine Zysten Zyste/n identifiziert, Anzahl:

rechte Niere: keine Zysten Zyste/n identifiziert, Anzahl:

Kommentar/Empfehlungen: _____

Die Identität der Katze wurde überprüft!

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Tierarztes: _____