



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

TIERÄRZTLICHE FAKULTÄT
ZENTRUM FÜR KLINISCHE TIERMEDIZIN

CHIRURGISCHE UND GYNÄKOLOGISCHE
KLEINTIERKLINIK
VORSTAND: PROF.DR. ANDREA MEYER-LINDENBERG



BEFUNDBOGEN

zur Studie über das Anti-Müller-Hormon in Korrelation mit Fertilität und Wurfgröße

Besitzer: _____ Hündin: _____ ID(CGTK): _____

Datum	Tag der Läufigkeit	Gynäkologische Untersuchung	Progesteron (ng/ml)	AMH (ng/ml)
_____. 20____	1. Tag <input type="checkbox"/>	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/>	Ergebnis: Gerät/Labor:	Ergebnis: Labor: Laboklin
	2. Tag <input type="checkbox"/>	Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		
	3. Tag <input type="checkbox"/>	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		
_____. 20____	(ab 8. Tag) ____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>	Ergebnis: Gerät/Labor:	Ergebnis: Labor: Laboklin
	____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		
	____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		
_____. 20____	____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>	Ergebnis: Gerät/Labor:	Ergebnis: Labor: Laboklin
	____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		
	____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		
nach dem Eisprung	Datum: _____. 20____ ____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>	Ergebnis: Gerät/Labor:	Ergebnis: Labor: Laboklin
	_____. 20____ ____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		
	_____. 20____ ____ Tag	Vaginalausfluss: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> fleischwasserfarben <input type="checkbox"/> Vulvaödematisierung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Duldung: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Vaginalschleimhaut: - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>		

Angaben zum Deckakt

Datum	Deckakt (Kurze Beschreibung zum Ablauf: Dauer, mit/ohne Hängen, etc)	Künstliche Besamung (Kurze Begründung und Angaben zum Sperma)

Angaben zum Rüden

Wann war der letzte Deckeinsatz?	War der letzte Deckeinsatz erfolgreich?

Trächtigkeitsuntersuchung

Datum	Art der Untersuchung	Trächtig ja/nein	Geschätzte Anzahl der Fruchtanlagen
	Ultraschall		
	Röntgen		

Wurftag: _____ Wurfgröße: _____