



PL/B/ZK324



Certyfikat Identyfikacyjny DNA Psa Canine DNA Identification Certificate



Pochodzenie/Parentage status: **rodzice nie badani/parents not tested**

Nazwa/Name: **MAD MAX Veckarott (FCI)**

Rasa/Breed: **Rottweiler /ROTTWEILER**

Umaszczenie/Colour: czarne podpalane

Data ur./Date of birth: 2013-11-19

Tatuaż-chip/Tattoo-chip: 616093900080620

Nr rod./Pedigree: PKR.II-119075

Material/Material: wymaz/swab

Płeć/Sex: męska/male

Właściciel/Owner: Sokołowska Marta

AHT121	AHT137	AHTh171	AHTh260	AHTk211	AHTk253	CXX279	FH2054	FH2848	INRA21
96 / 108	133 / 151	229 /	252 /	87 / 91	290 /	118 / 124	152 / 156	240 / 242	95 /

INU005	INU030	INU055	REN162C04	REN169D01	REN169O18	REN247M23	REN54P11	Amel
124 / 126	144 /	210 / 214	206 /	212 / 220	158 / 162	272 /	222 / 234	X/Y

* nie testowane / * not tested ISAG 2006 nomenclature

Badanie wykonano w / tested by:

Laboratorium Genetyki Molekularnej ISAG CODE 84451

Laboratory of Molecular Genetics

Data testu / date of test: 2016-02-22

Numer laboratoryjny/sample no: **PL/B/ZK324**

Data wystawienia/date of issue: 2016-02-24

D. Rubis

Ekspert: dr inż. Dominika Rubiś
Wykonał(a) / Prepared by

A. Radko

Ekspert: dr hab. A. Radko
Autoryzował(a) / Authorised by

Instytut Zootechniki
Państwowy Instytut Badawczy
Dział Genomiki i Biologii Molekularnej Zwierząt.
Laboratorium Genetyki Molekularnej
ul. Krakowska 1, 32-083 Balice
tel. 666-081-313, 666-081-327
fax. (12) 285-60-13



CERTIFICATE OF EYE EXAMINATION (CERTYFIKAT BADANIA OCZU)

NAME / NAZWA ZWIERZĘCIA MAD MAX VECKAROTT (FCI)
 BREED / RASA ROTTWEILER FCI 147
 REGISTRATION NR / PKR II-119075 BREEDCLUB / KLUB 91319/1/13
 MICROCHIP NR 616093900080620 COLOUR / MAŚĆ CZARNE PODPALANE
 TATTOO / TATUAŻ
 DATE OF BIRTH / DATA URODZENIA 19.11.2013 SEX / PLEĆ - FEMALE / ZEŃSKA
 MALE / MĘSKA

PREVIOUS EXAMINATION / POPRZEDNIE BADANIE OCZU YES / TAK , NO / NIE
 UNAFFECTED / ZDROWE UNDETERMINED / NIEOKREŚLONE
 SUSPICIOUS / PODEJRZEWANE AFFECTED / CHORE
 IF ABNORMAL / GDY NIEPRAWIDŁOWE - DATE / DATA DNA - TEST, YES / TAK
 NO / NIE

OWNER / AGENT / WŁAŚCICIEL
 NAME / NAZWISKO I IMIĘ MARTA SOKOŁOWSKA
 ADDRESS / ADRES 00-665 WARSZAWA
 UL. NOWOWIEJSKA 22 M 26

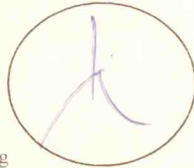
THE UNDERSIGNED AGREES TO THE RULES OF THE NATIONAL SCHEME AND CONFIRMS THAT THE ANIMAL SUBMITTED FOR EXAMINATION IS THE ONE DESCRIBED ABOVE. (WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE WG. PRZEDSTAWIONEGO SCHEMATU I POTWIERDZAM DANE ZWIERZĘCIA)

Marta Sokółowska
 Signature owner / agent / podpis właściciela

EXAMINATION / DATA BADANIA 08.12.2015 IDENTIFICATION / IDENTYFIKACJA
 CHECK MICROCHIP / TATTOO - CORRECT / POPRAWNY , INCORRECT / NIEPOPRAWNY

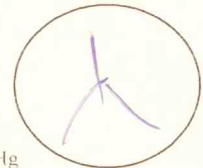
METHODS OF EXAMINATION / METODY BADANIA OCZU: MYDRIATIC , INDIRECT OPHTHALMOSCOPY
 DIRECT OPHTHALMOSCOPY , BIOMICROSCOPY > 10 X , GONIOSCOPY , TONOMETRY

RIGHT EYE / OKO PRAWO



IOP/
 CIŚNIENIE ŚRÓDGĄLKOWE
 IOPR/oko prawe ... 19 ... mmHg

LEFT EYE / OKO LEWE



IOPL/oko lewe ... 16 ... mmHg

RESULTS FOR THE PRESUMED HEREDITARY EYE DISEASES (results valid for 12 months).
 WYNIKI BADAŃ W KIERUNKU WYMIENIONYCH CHOROÓB (wyniki ważne są przez 12 m-cy).

	UNAFFECTED (ZDROWE)	UNDETERMINED (NIEOKREŚLONE)	SUSPICIOUS (PODEJRZEWANE)	AFFECTED (CHORE)
1. PPM (IRIS <input type="checkbox"/> , LENS <input type="checkbox"/> , LAMINA <input type="checkbox"/> , CORNEA <input type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. PHTVL / PHPV (GRAD I <input type="checkbox"/> , GRAD 2-6 <input type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CATARACT (CONGENITAL)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. RD (FOCAL <input type="checkbox"/> , GEOGRAFIC <input type="checkbox"/> , TOTAL <input type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. HYPOPLASIA / MICROPAPILLE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(CHOROID HYPOPL. <input type="checkbox"/> , COLOBOMA <input type="checkbox"/> , RET. DETECH. <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. DYSPL. L. PECTINATUM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ENTROPIUM / TRICHIASIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ECTROPIUM / MACROBLEPHARON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. DISTICHIA / ECTOPIC CILIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. CORNEAL DYSTROPHY	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. CATARACT (NON-CONGENITAL)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. PRIMARY LENS LUXATION	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. PRA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. OTHER / INNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESCRIPTION COMMENTS / UWAGI
 NO COMMENTS/BEZ UWAG

AFFECTED BY / OKO CHORE
 EYES CLEAR/OCZY CZYSTE

THE UNDERSIGNED HAS TODAY EXAMINED THE ABOVE MENTIONED ANIMAL FOR THE HEREDITARY EYE DISEASE SCHEME WITH THE RESULTS (NIŻEJ PODPISANY POTWIERDZA WYKONANIE I WYNIK BADANIA OCZU U W/W ZWIERZĘCIA);

Dr n. wet. Przemysław K. Bryła, ESVO
 PRZYCHODNIA WETERYNARYJNA
 02-776 WARSZAWA, UL. HAWAJSKA 16
 PRZYCHODNIA WETERYNARYJNA
 OKULISTYKA ZWIERZĄT
 ul. Hawajska 16, 02-776 Warszawa
 tel. 22 644 91 28
 www.okulistikazwierzat.pl

WWW.OKULISTYKAZWIERZAT.PL

Dr n. wet. Przemysław K. Bryła
 Specjalista
 chorób psów i kotów
 tel. 22 644-91-28

108377