

Schär, Trudi

Zertifikat

über den Gentest Late Onset Ataxie (LOA) - PCR

LABOKLIN-Befund-Nr.: 1611C23840

Hund: Parson Russell Terrier, männlich, * 07.05.15
"R Komet vom Lothar Sturm"

Zuchtbuch-Nummer: 735395

Chip-Nummer: 756098100715461

Täto-Nummer: ---

Ergebnis LOA: Genotyp N/N (frei)

LABOKLIN

LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG
Steubenstr. 4 • 97688 Bad Kissingen
Tel. (09 71) 7 20 20 • Fax (09 71) 6 85 46

Bad Kissingen, 24-11-2016

i. A. K. Hein

Hr.Dr. Beitzinger
Dipl.-Biol. Molekularbiologie

Nur gültig mit Originalsiegel
Only valid with original seal.



Steubenstraße 4 • 97688 Bad Kissingen • Tel.: 09 71/7 20 20 • Fax: 09 71/6 85 46 • e-Mail: info@laboklin.com • USt.ID DE206897824
Geschäftsführender Gesellschafter: LABOKLIN Verwaltungs-GmbH • RG. Schweinfurt HRA 3631



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-PL-13186-01-00

Die Verantwortung für Probenentnahme und -identität liegt beim Einsender. Gewährleistungsverpflichtungen können nicht übernommen werden. Schadensersatzverpflichtungen sind, soweit gesetzlich zulässig, auf den Rechnungswert der durchgeführten Untersuchung/en beschränkt.
The liability for sampling procedure and proof of identity lies with the sender. Warranty claims are not accepted. Damage claims are restricted to the amount of the invoice.

Schär, Trudi

Zertifikat

über den Gentest Primäre Linsenluxation (PLL) - PCR

LABOKLIN-Befund-Nr.: 1611C23840

Hund: Parson Russell Terrier, männlich, * 07.05.15
"R Komet vom Lothar Sturm"

Zuchtbuch-Nummer: 735395

Chip-Nummer: 756098100715461

Täto-Nummer: ---

Ergebnis PLL: Genotyp N/N (frei)

LABOKLIN
LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG
Steubenstr. 4 • 97688 Bad Kissingen
Tel. (09 71) 7 20 20 • Fax (09 71) 6 85 46
Bad Kissingen, 24-11-2016

i. A. K. Hein
Hr. Dr. Beitzinger
Dipl.-Biol. Molekularbiologie

Nur gültig mit Originalsiegel
Only valid with original seal.



Steubenstraße 4 • 97688 Bad Kissingen • Tel.: 09 71/7 20 20 • Fax: 09 71/6 85 46 • e-Mail: info@laboklin.com • USt.ID DE206897824
Geschäftsführender Gesellschafter: LABOKLIN Verwaltungs-GmbH • RG. Schweinfurt HRA 3631



Die Verantwortung für Probenentnahme und -identität liegt beim Einsender. Gewährleistungsverpflichtungen können nicht übernommen werden. Schadensersatzverpflichtungen sind, soweit gesetzlich zulässig, auf den Rechnungswert der durchgeführten Untersuchung/en beschränkt.
The liability for sampling procedure and proof of identity lies with the sender. Warranty claims are not accepted. Damage claims are restricted to the amount of the invoice.

Schär, Trudi

Zertifikat

über den Gentest Spinocerebellaere Ataxie (SCA) - PCR

LABOKLIN-Befund-Nr.: 1611C23840

Hund: Parson Russell Terrier, männlich, * 07.05.15
"R Komet vom Lothar Sturm"

Zuchtbuch-Nummer: 735395

Chip-Nummer: 756098100715461

Täto-Nummer: ---

Ergebnis SCA: Genotyp N/N (frei)

LABOKLIN

LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG
Steubenstr. 4 • 97688 Bad Kissingen
Tel. (09 71) 7 20 20 • Fax (09 71) 6 85 46

Bad Kissingen, 24-11-2016

i. A. K. Hein

Hr. Dr. Beitzinger
Dipl.-Biol. Molekularbiologie

Nur gültig mit Originalsiegel
Only valid with original seal.



Steubenstraße 4 • 97688 Bad Kissingen • Tel.: 09 71/7 20 20 • Fax: 09 71/6 85 46 • e-Mail: info@laboklin.com • USt.ID DE206897824
Geschäftsführender Gesellschafter: LABOKLIN Verwaltungs-GmbH • RG. Schweinfurt HRA 3631



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-PL-13186-01-00

Die Verantwortung für Probenentnahme und -identität liegt beim Einsender. Gewährleistungsverpflichtungen können nicht übernommen werden. Schadensersatzverpflichtungen sind, soweit gesetzlich zulässig, auf den Rechnungswert der durchgeführten Untersuchung/en beschränkt.

The liability for sampling procedure and proof of identity lies with the sender. Warranty claims are not accepted. Damage claims are restricted to the amount of the invoice.

Tier animal

Name: K. Komet von Lohr & Sturm
 Rasse: Perseus Russell Terrier
 Zuchtbuch Nr.: 738293
 Mikrochip Nr.: 756038100815461
 Wurfdatum: Tag 15 Monat 11 Jahr 16
 Geschlecht: Weiblich female Männlich male
 Bisherige Untersuchungen: Nein no Ja yes
 Wenn abnormal: Frei unaffected Zweifelhaft undetermined Nicht frei affected

Eigentümer/Besitzer owner/agent

Name: Schäfer Heidi
 Adresse: Walden 2
 Land, PLZ: Land: Switzerland ZIP code: 3442 Wohnort: Weier 1/2
 DNA-Tests: Ja yes: Typ+Datum Nein no type+date

Der Unterzeichnende ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes einverstanden und bestätigt, dass das oben beschriebene Tier das oben beschriebene ist und dass die Untersuchungsergebnisse für eine Veröffentlichung oder andere zweckdienliche Verwendungen zur Verfügung stehen.

The undersigned agrees to the rules of the national scheme and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signature also means that the results are available for official publication and other ECVO approved use.

T. P. Schür
 Unterschrift Eigentümer/Besitzer Signature owner / agent

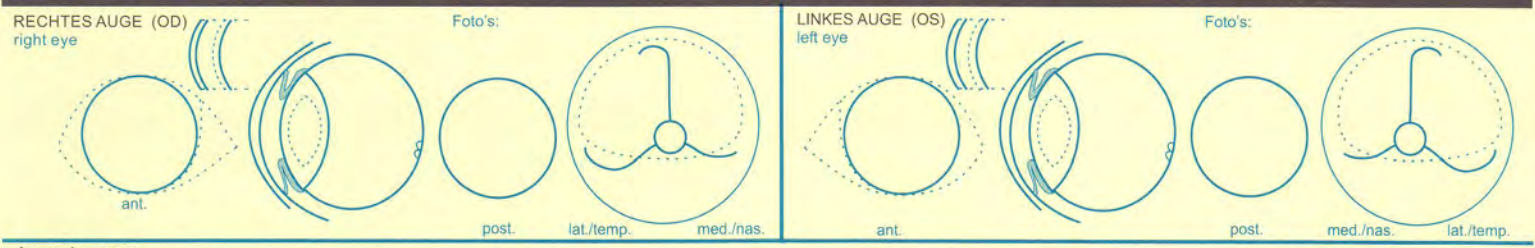
Untersuchung examination

Datum: Tag 15 Monat 11 Jahr 16
 Standardmethode: Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie ≥10x
 Mydriatic, Indirect ophthalmoscopy and binocular biomicroscopy ≥10x
 Zusätzlich: Untersuchung vor Weitstellung Tonometrie (ohne Mydriatikum)
 Direkte Ophthalmoskopie Weitere:
 Gonioskopie (ohne Mydriatikum)

Identifikation identification

Kontrolle der Tätowierung: Richtig correct Teilweise /unleserlich partly/unreadable Falsch incorrect Fehlt absent
 Kontrolle des Mikrochips: Richtig correct Falsch incorrect Fehlt absent

Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.
 If an other method is used, this form only has value with a specifying certificate.



Anmerkungen: Gering mild mittelgradig moderate hochgradig severe
 Augenerkrankung Nr.:

N.B.: Nicht frei von Name der Erkrankung / Die Erbllichkeit ist bei dieser Rasse nicht definitiv geklärt.
 note: affected by name of disease / Under investigation; not yet proven to be inherited in this breed.

Ergebnisse der als erblich angesehenen Augenerkrankungen: results for the presumed inherited eye diseases

	* FREI	** ZWEIFELHAFT	* NICHT FREI
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (kongenital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinadysplasie (RD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypoplasie-/Mikropapille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Augenanomalie (CEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige: other:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L.pectinatum Abnormalität (nur nach Gonioskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bescheinigt für 12 Monate results valid for 12 months

	* FREI	*** VORLÄUFIG NICHT FREI	* NICHT FREI
11. Entropium/Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ektropium/Makroblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Distichiasis /ektopische Zilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Korneadystrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Katarakt (nicht-kongenital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Linsenluxation (primär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Retinadegeneration (PRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sonstige: other:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärungen interpretation
 * "Frei": Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. "Nicht frei": Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung sind vorhanden.
 "Unaffected" signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specified, whereas "affected" signifies that there is such evidence.
 ** Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.
 The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed inherited eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.
 *** Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in M.
 The animal displays minor, but specific clinical signs of the presumed inherited eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Reexamination in months.

Für weitere Information: bitte wenden further info: p.L.O.

Dr. Christine M. Watté
 Diplomate ECVO
 Vetsuisse-Fakultät
 Universität Bern

Untersucher examiner

Der/Die Unterzeichnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.
 The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown.
 Verteilung / Farbe: 1 weiß Nationale Erfassungsstelle, 2 rot Untersucher, 3 gelb Zuchtverein, 4 weiß Eigentümer
 colour / distribution: white national registry, pink examiner, yellow national breed club, white owner/agent

Name: Christine Watté
 Ort: Bern
 01-02-11 © ECVO

Christine Watté
 Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO
 signature examiner, authorized by ECVO



DEPISTAGE DE LA LUXATION DE LA ROTULE

Conformément au règlement relatif à l'inscription des chiens au Livre des Origines Suisse (RI-LOS) et aux prescriptions d'élevage (PCE) du Club de race l'examen de la luxation de la rotule a été effectué sur le chien identifié ci-dessous. Pour l'examen les chiens doivent être tatoués ou munis d'un microchip.

Instructions pour le propriétaire: veuillez apporter l'original du certificat d'ascendance (pedigree) lors de l'examen. Complétez vous-même la première partie du formulaire. Par votre signature, vous confirmez l'identité du chien et certifiez qu'aucune opération corrective n'a été effectuée sur les membres postérieurs.

Propriétaire/éleveur

Nom:	Trudi Schar
Adresse	Walddeck 2
NPA/Domicile:	3402 Weier i.E.
Téléphone:	0341435 12 80 0791458 27 20

Indications concernant le chien examiné Premier contrôle Contrôle ultérieur

Race:	PARSON RUSSELL TERRIER
Nom du chien:	R. Komek vom Lothar Sturm <input checked="" type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
No. LOS:	735395
No. Tatouage/Microchip:	756038100715461
Date de naissance:	7.5.15
Poids:	
No. LOS du père:	628759
No. LOS de la mère:	708317
Quelles opérations le chien a-t-il subies à ce jour	
Nombre de portées à ce jour:	
Nombre de chiots nés:	
Signature du propriétaire: <i>T. Schar</i>	

Examen clinique par le vétérinaire

Condition:	<input checked="" type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> satisfaisante <input type="checkbox"/> pas en condition de reproduire
Suspicion de maladie systémique:	<input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, laquelle
Suspicion de maladie cardiovasculaire:	<input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, laquelle
Suspicion de maladie respiratoire:	<input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, laquelle
Suspicion de maladie héréditaire:	<input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, laquelle
Fontanelle persistante:	<input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, dimension: Ø ____ mm

Luxation de la rotule	gauche	droite
Luxation:	<input checked="" type="checkbox"/> pas de luxation <input type="checkbox"/> médiale <input type="checkbox"/> latérale	<input checked="" type="checkbox"/> pas de luxation <input type="checkbox"/> médiale <input type="checkbox"/> latérale
Degré de luxation:	<input type="checkbox"/> degré 1 <input type="checkbox"/> degré 2 <input type="checkbox"/> degré 3 <input type="checkbox"/> degré 4	<input type="checkbox"/> degré 1 <input type="checkbox"/> degré 2 <input type="checkbox"/> degré 3 <input type="checkbox"/> degré 4
Examen effectué:	<input checked="" type="checkbox"/> sans sédation	<input checked="" type="checkbox"/> sous sédation

Le vétérinaire soussigné certifie qu'il a vérifié l'identité du chien, que le pedigree original lui a été présenté et que l'original du présent rapport sera adressé à l'autorité d'enregistrement.

Vetsuisse-Fakultät Universität Bern

Dept. für klin. Veterinärmedizin
Kleintierklinik, Chirurgie

Dr. med. vet., DECVS Ulrich Rytz
Länggassstrasse 128
CH-3001 Bern

Signature:

Ulrich Rytz

Date:

15.11.2016



b
UNIVERSITÄT
BERN
Vetsuisse Fakultät
Departement für klinische Veterinärmedizin
Institut für Tierneurologie
Länggassstrasse 128
CH - 3001 Bern

Audiometrie - Test

Halterdaten:

Besitzer:	Schär Trudi	Tel P:	034 435 12 80/ 079 458
Strasse:	Waldeck 2	Tel Gesch:	
PLZ/ Ort:	3462 Weier im	Tel Mobil:	
		Email:	info@hfhwaldeck.ch,

Patientendaten:

Name des Tieres:	R Komet vom Lothar Sturm	Geburtsdatum:	07.05.2015
Art:		Geschlecht:	m
Rasse:	Parson Russell Terrier	Gewicht:	7,7 kg
Farbe:	weiss-rot, rote Flecken	ANIS-Nr.:	756098100715461
Bezeichnung:		Tätowierung.:	
		Stammbaum:	735395

Untersuchung:

Otoskopie, BAEP

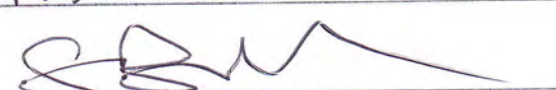
Befund:

Otoskopie:	BAEP:
<input checked="" type="checkbox"/> rechts:	<input checked="" type="checkbox"/> rechts:
<u>Geräusche im Ohrkanal</u>	<u>Potentiale ableitbar</u>
<input checked="" type="checkbox"/> links:	<input checked="" type="checkbox"/> links:
<u>Geräusche im Ohrkanal</u>	<u>Potentiale ableitbar</u>

Beurteilung:

Beidseits Hörend

Name des Tierarztes:
(In Blockbuchstaben oder Stempel)

Vetsuisse - Fakultät Universität Bern Dept. für klin. Veterinärmedizin Kleintierklinik Länggassstrasse 128 CH - 3001 Bern	Ort, Datum: <u>Bern, 15. 11. 2016</u>
	Unterschrift: 

Datei: 400104019 Besuch: 2016-11-15 15 Nov 16 11:41

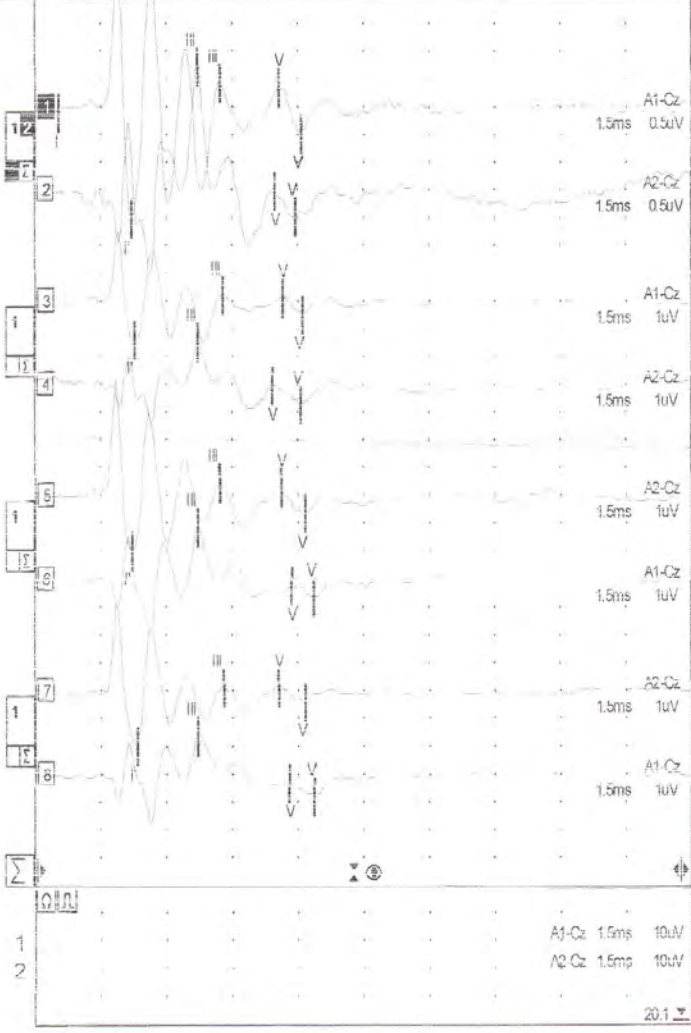
Nicolet VikingSelect VIASYS Healthcare Neurocare

Schär, "R Komet vom Lothar Sturm"
0 2 Ch Click ABR at 11.1 Hz VetSuisse

AEP Left & Right AEP Plus # 1
Aufnahme 11.41.18

Schalter: Aus Rate: 11.1 Hz Ohr: Links Pegel: 90dB nHL Noise: 60dB nHL
Akustisch: TDH Typ: Click Polarität: (-) Schwelle:

Gemittelt: Aus Nr: 200



Montage Verstärker Filter Stimulator Messungen General Anmerkungen

AEP Left and Right			
Text	Lat	Lat	Lat
	I	III	V
	ms	ms	ms
Left	0.50	4.20	5.55
Left		3.70	5.45
Left		4.25	5.65
Left		3.70	5.40
Right		4.20	5.60
Right		3.70	5.85
Right		4.30	5.55
Right		3.70	5.80

Inter Peak Latencies			
Text	Lat Diff	Lat Diff	Lat Diff
	I-III	III-V	I-V
	ms	ms	ms
Left	3.70	1.35	5.05
Left		1.40	
Right		1.40	
Right		1.25	

Amplitudes			
Text	PP Amp	PP Amp	PP Amp Vert
	I	V	I-V
	uV	uV	%
Left	1.92	0.84	43.6
Right		1.00	

20.1