

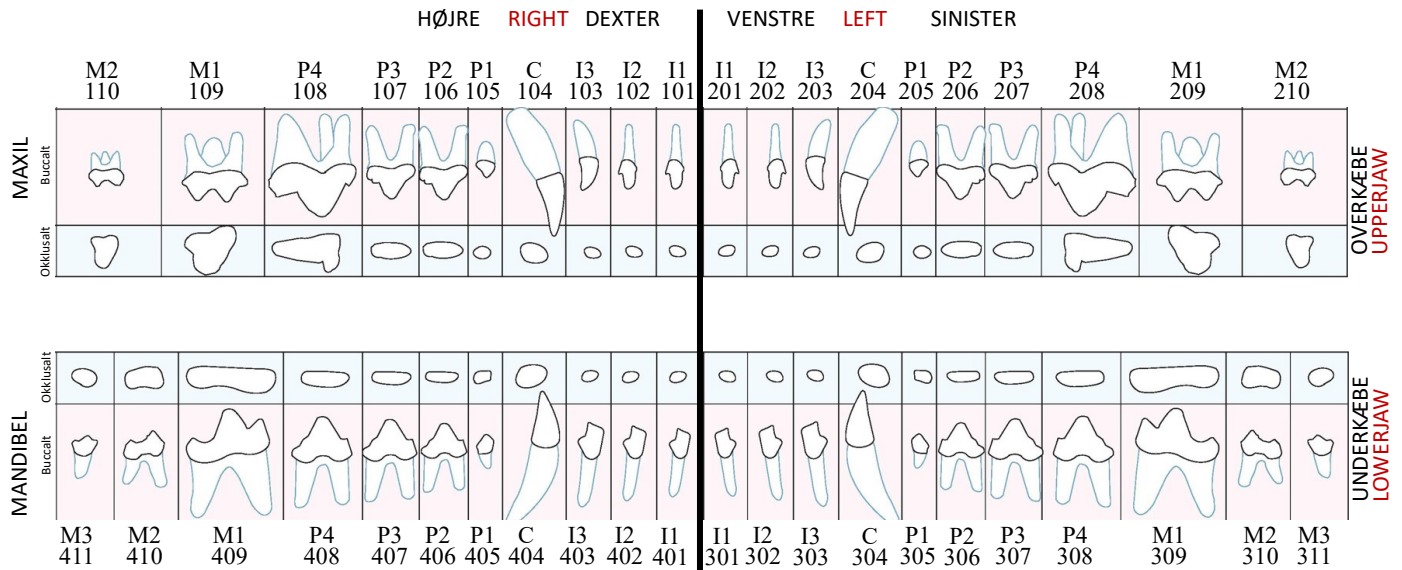
# TANDATTEST DENTAL CERTIFICATE



**HUND DOG**  
**EJER OWNER**

DKK-reg.nr.: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_  
 DKK reg no: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Race: \_\_\_\_\_ Chip nr.: \_\_\_\_\_  
 Breed: \_\_\_\_\_ Chip no: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Vej/gade: \_\_\_\_\_ Postnr. og by: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Zip code and city: \_\_\_\_\_



Vurdering af tænder	Dental Chart	Arvelig årsag Hereditary	Ikke-arvelig årsag Non-hereditary	Kan ikke vurderes Cannot be judged
Ovennævnte hund mangler følgende tænder: Dentition incomplete. Following tooth/teeth are missing:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følgende tænder er fjernet som følge af skade/sygdom: The following tooth/teeth have been removed due to trauma/pathology:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følgende tænder er beskadiget (og har evt. fået lavet fyldning) som følge af skade/sygdom: The following tooth/teeth have been repaired due to trauma/pathology:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vurdering af bid	Registration of bite
<input type="checkbox"/> Saksebid Scissor bite	<input type="checkbox"/> Tangbid Level bite
<input type="checkbox"/> Underbid Under bite _____ mm	<input type="checkbox"/> Omvendt saksebid Reverse scissor bite
<input type="checkbox"/> Fejlbid/skævt bid: Wry bite/malocclusion: Type: _____	<input type="checkbox"/> Overbid Overbite _____ mm
	<input type="checkbox"/> Kan ikke vurderes Cannot be judged
	Type bid inden skade på/fjernelse af tænder (konstateret af dyrlæge, fx saksebid): Type of bite before the injury/removal of teeth (confirmed by veterinarian, eg. scissor bite):

Dato: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

Dyrlægens underskrift og stempel Veterinarian signature and stamp