

Númer bæjar
Nafn bæjar
Sveitarfélag
Eigandi
Heimilisfang
Símanúmer

### Upplýsingar um riðu

	Dags
1 Hvenær greindist riðan?	/ /
2 Hvenær var spurningarlistinn fylltur út?	/ /

### Almennar upplýsingar um kindina

3	Einstaklingsnúmer	
4	Einstaklingsnúmer móður	
5	Einstaklingsnúmer föður	
6	Kyn	
7	Fæðingarár	
8	Dauðadagur	/ /

### Flutningssaga

		Nei (x)	Já (x)
9	Var kindin fædd á bænum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9a	Ef nei, á hvaða bæjum var hún áður?		Ár
		Nei (x)	Já (x)
10	Var kindin á fjalli á sumrin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a	Ef já, á hvaða afrétti?		

### Sjúkrasaga

<b>11</b>	Varð vart sjúkdómseinkenna hjá kindinni?	Nei (x)	Já (x)	
<b>11a</b>	Ef já:	Nei (x)	Já (x)	Dags
	Fósturlát			/ /
	Vanþrif			/ /
	Skita			/ /
	Hósti			/ /
	Tíð þvaglát			/ /
	Ullarlos			/ /
	Legbólga			/ /
	Óeðlilegar hreyfingar			/ /
	Kláði			/ /
	Meltingartruflanir			/ /
	Vansæld			/ /
	Taugaspenna			/ /
	Gekk í hringi			/ /
	Skaði			/ /
	Jafnvægisleysi			/ /
	Annað			/ /
<b>12</b>	Voru kindinni einhverntíma gefin lyf eða sermi?	Nei (x)	Já (x)	
<b>12a</b>	Ef já, vegna hvaða sjúkdóma?			Ár
<b>13</b>	Var einhverntíma gerð aðgerð á kindinni?	Nei (x)	Já (x)	
<b>13a</b>	Ef já, vegna hvers?			Ár

		Nei (x)	Já (x)	
14	Var kindin bólusett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14a	Ef já, gegn hvaða sjúkdómum?			Ár

### Dauði

		Nei (x)	Já (x)	
15	Var kindin aflífuð á sláturhúsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15a	Ef já, í hvaða sláturhúsi?			Dags
				/ /
		Nei (x)	Já (x)	
16	Var kindin aflífuð utan sláturhúss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a	Ef já, af hvaða ástæðu?			Dags
				/ /
		Nei (x)	Já (x)	Dags
17	Var kindin sjálf dauð?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /

### Annað

18	Aðrar upplýsingar			
----	-------------------	--	--	--

### Undirskriftir

Svarandi

(dagsetning og undirskrift)

Spyrill

(dagsetning og undirskrift)