Deutsch-Kurzhaar-Verband e.V.

RÖNTGENUNTERSUCHUNGSBOGEN

Name des Hundes: _____

Wurfdatum: _____ Geschlecht: Rüde ☐ Hündin ☐

Name und Anschrift des Eigentümers (Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____

Der Eigentümer des Hundes bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes, die Richtigkeit der Angaben auf diesem Befundbogen und erklärt, dass keine Operationen oder Manipulationen vorgenommen wurden, die geeignet sind, die Darstellung der Hüftgelenke zu beeinflussen. Er überträgt das Eigentum der Röntgenaufnahme auf den Deutsch-Kurzhaar-Verband e.V. und bestätigt das mit seiner nachfolgenden Unterschrift.

_____

Unterschrift

Bestätigung des Röntgentierarztes (Nur vom Röntgentierarzt auszufüllen!)

1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt.
2. Die Täto-/ChipNr. Wurde überprüft, sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Täto-/ChipNr. Identisch.
3. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, der Täto-/Chipnummer, dem Wurfdatum und dem Datum der Röntgenaufnahme gekennzeichnet.
4. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskelerschlaffung sediert.
5. Es wurden keine unerlaubten Techniken angewendet, die den Sitz der Femurköpfe in der Hüftpfanne verbessern.

Ich übertrage das Eigentum an der Röntgenaufnahme auf den Deutsch-Kurzhaar-Verband e.V. und bestätige das mit meiner nachfolgenden Unterschrift.

_____ _____

Datum Unterschrift/Stempel des Tierarztes

Gutachten (Nur vom Gutachter auszufüllen!)

HD-Gutachten

HD	A	1	2	HD-frei	☐
HD	B	1	2	Übergangsform/Grenzfall	☐
HD	C	1	2	Leichte-HD	☐
HD	D	1	2	Mittlere-HD	☐
HD	E	1	2	Schwere-HD	☐

Die Unterlagen (Original Ahnentafel, Röntgenuntersuchungsbogen, Röntgenbild Original oder hochgeladen auf www.myvetsxl.com sind einzureichen bei:

Tierärztliche Klinik für Kleintiere
Dr. Wolfram Lemmer
Bogenweg 10
35085 Ebsdorfergrund-Heskem

Das Gutachten wird erst nach Eingang der Auswertungsgebühr in Höhe von 74 €für HD/OCD und ggf. 20 € für ED erstellt.
Bankverbindung: IBAN: DE 42 5139 0000 0036 0645 01
BIC: VBMHDE5F

Übergangswirbel

frei ☐
ja ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ Typ 3 ☐
nicht beurteilbar ☐

OCD-Schulter

rechts frei ☐ Verdacht ☐ ja ☐
links frei ☐ Verdacht ☐ ja ☐

Bemerkungen: _____

Datum: _____ _____

Unterschrift/Stempel des Gutachters