



Deutsch-Langhaar-Verband e.V.

HD ED OCD Röntgenuntersuchung

(Bitte gewünschte Röntgenuntersuchung ankreuzen)

DL-Zuchtgruppe: _____

Name des Hundes: _____ Rüde: Hündin:

Zb.Nr.: _____ Chip-Nr.: _____ geworfen (Datum): _____

Farbe: braun, mit oder ohne Brustfleck Schimmel (bs / ds / hs / fs) braun-weiß

Eigentümer: _____

Str. / PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Die Röntgenaufnahme wird mit Einsetzung Eigentum des DL-Verbandes. Der Eigentümer/Besitzer bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes und dass bis zu diesem Zeitpunkt keine Operationen an den untersuchten Gelenken vorgenommen wurden und er/sie mit der Veröffentlichung aller Daten und Ergebnisse in den Publikationen des DL-Verbandes einverstanden sind.

Datum d. Röntgenaufnahme: _____

Unterschrift des Eigentümers /
Besitzers als Einverständniserklärung: _____

Bestätigung des Röntgenarztes (siehe Hinweise für den Röntgenarzt auf Seite 2)

1. Die Ahnentafel wurde vor Ausfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt. Die HD-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
2. Die Tätowierung/Chip-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Tätö-Nr./Chip-Nr. identisch.
3. Der Hund wurde mit der Chip-Nr. _____ in _____ (Ort) gekennzeichnet.
4. Der untersuchte Hund wurde ausreichend, bis zur Muskeler schlaffung sediert, geröntgt.
5. Auf die Eigentumsrechte an den Röntgenaufnahmen wird verzichtet.

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel _____

Befund der HD/ED/OCD-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgenarztes)

- | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HD-A Kein Hinweis auf HD | <input type="checkbox"/> Kein Hinweis auf ED/ED-frei | <input type="checkbox"/> OC-frei | <input type="checkbox"/> OCD-frei |
| <input type="checkbox"/> HD-B Übergangform/Grenzfall | <input type="checkbox"/> Grenzfall | <input type="checkbox"/> OC-re | <input type="checkbox"/> OCD-re |
| <input type="checkbox"/> HD-C Leichte HD | <input type="checkbox"/> ED-1 | <input type="checkbox"/> OC-li | <input type="checkbox"/> OCD-li |
| <input type="checkbox"/> HD-D Mittlere HD | <input type="checkbox"/> ED-2 | | |
| <input type="checkbox"/> HD-E Schwere HD | <input type="checkbox"/> ED-3 | | |

HD / ED / OCD Beurteilung abgelehnt wegen: mangelh. Lagerung mangelh. Qualität

Dieses Formular braucht nur 1 x ausgefüllt und ausgedruckt werden und ist mit der Röntgenaufnahme zu senden an:

Dr. med.vet. Peter Schunk, Obere Rangenäcker 20, 96476 Bad Rodach/Heldritt, Tel.: 09564-9 23 70

Bad Rodach, den _____ Gutachter: _____