



DEUTSCH - KURZHAAR - VERBAND E.V.

Röntgenuntersuchungsbogen

Name des Hundes: _____

Wurfdatum: _____ Geschlecht: ☐ Rüde ☐ Hündin

ZB-Nr.: _____ Chipnr./Tätonr.: _____

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 an der Röntgenaufnahme auf den Deutsch-Kurzhaar-Verband e.V. und bestätigt das mit seiner nachfolgenden Unterschrift:

Eigentümer

Bestätigung des Röntgentierarztes (nur vom Röntgentierarzt auszufüllen):

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

Ich übetrage 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. zusätzlich 20 € für ED erstellt.
Bankverbindung: IBAN: DE 42 5139 0000 0036 0645 01
BIC: VBMHDE5F

Übergangswirbel

frei ☐
ja ☐ Typ1 ☐ Typ 2 ☐ Typ 3 ☐
nicht beurteilbar ☐

OCD-Schulter

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

Bemerkungen: _____

Datum _____

Unterschrift/Stempel des Gutachters