



HD-RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Rasse: _____ Rüde: Hündin:

Name des Hundes: _____

ZB-Nr.: _____ gew.: _____ TÄTO-/CHIP-Nr.: _____

Eigentümer: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Die Röntgenaufnahme wird mit Einsendung Eigentum des Rassehunde-Zuchtvereins. Der Eigentümer/Besitzer bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes.

Datum der Röntgenaufnahme: _____

Unterschrift des Eigentümers/
Besitzers als Einverständniserklärung: _____

Bestätigung des Röntgentierarztes

digitale Aufnahme

Versand von digitalen Aufnahmen ist nur über vetsxl.com zulässig.

1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt. Die HD-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
2. Die TÄTO-/CHIP-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten TÄTO-/CHIP-Nr. identisch.
3. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskeler schlaffung sediert.

Hinweise zum Versand

Vom Röntgenarzt sind bitte zu versenden:
- das komplette Formular (alle Blätter)
- die **Original-Ahnentafel** des Hundes

Versandadresse:

Hauptzuchtwartin
Maria Luise Berger
Unterstraße 21
56865 Moritzheim

Bemerkungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: _____

Befund der HD-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgentierarztes)

| | | | | | | |
|----|---|--|---|---|-------------------------|--------------------------|
| HD | A | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> | 1 | 2 | HD-frei | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | | | | | |
| HD | B | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> | 1 | 2 | Übergangsform/Grenzfall | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | | | | | |
| HD | C | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> | 1 | 2 | Leichte HD | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | | | | | |
| HD | D | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> | 1 | 2 | Mittlere HD | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | | | | | |
| HD | E | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> | 1 | 2 | Schwere HD | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | | | | | |

Bemerkungen (z.B. Hinweise auf Patella-Luxation, Ellenbogendysplasie): _____

Datum: _____ Unterschrift/Stempel des Gutachters: _____