



Österreichischer Kurzhaar Klub

Röntgenuntersuchungsbogen



Name des Hundes: _____ Geschlecht: ☐ Rüde ☐ Hündin
Wurfdatum: _____ Zuchtbuch Nr: _____ Chip Nr: _____
Farbe: ☐ Braun ☐ Braunschimmel ☐ Schwarz ☐ Schwarzschiimmel

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 Österr. Kurzhaar Klub, dieser ist auch berechtigt die Untersuchungsergebnisse in div. Medien zu veröffentlichen, dies bestätigt er mit seiner Unterschrift.

Datum, Unterschrift / Eigentümer

Bestätigung des Röntgentierarztes (nur vom Röntgentierarzt auszufüllen)

1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahmen vorgelegt.
2. Die Chip-Nr. wurde überprüft, sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Chip-Nr. identisch.
3. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, der Chip-Nr. 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 verbessert.

Ich übertrage das Eigentum an den Röntgenaufnahmen auf den Österreichischen Kurzhaar Klub und bestätige das mit meiner Unterschrift.

Ort/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 im Original oder hochgeladen auf www.myvetsxl.com) sind einzureichen bei.

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

Das Gutachten wird erst nach Eingang der Auswertungsgebühr in der Höhe von **€ 94,00** (HD € 37,00 / ED € 20,00 / OCD € 37,00) erstellt.

Bankverbindung: IBAN: DE 42 5139 0000 0036 0645 01
BIC: VBMHDE5F
Bank: Volksbank Mittelhessen

Übergangswirbel

frei ☐ Typ1 ☐ Typ2 ☐ Typ3 ☐
ja ☐
Nicht beurteilbar ☐

OCD Schulter

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

Elenbogendysplasie:

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

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

Ort/Datum: _____ Unterschrift / Stempel des Gutachters _____