

PRIVATES TIERSPITAL
 Dr. O. W. Fischer · Dr. K. Grohmann
 A-2100 Korneuburg, Laaerstraße 62
 Tel.: 02262/75520 · Notruf: 01/53116

HD-Röntgen für:

Name des Hundes NICO LA MAISON DE GLEBOFF
 Rasse: Bordeauxdogge ZB-Nr.: DGBO-124
 Tätow.-Chip -Nr. 191100000275802 WT.: 2.1.2010
 Eigentümer: NENTWICH CHRISTIAN
 Anschrift: KAMPICHL 66, A-2871 ZÖBERN
 Datum d. Rönt.-Aufn.: 17.5.2011 Nr.: _____ den _____

Beckenpfanne:

Gesamteindruck	tief	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geringgradig
Kraniale Pfannenkontur	strichförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	subchrondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kraniolater. Pfannenrand	rund auslaufend	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Oberschenkelkopf:

Gesamteindruck	kugelförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	zu klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Kragenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Deformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sitz des Kopfes in der Pfanne:

tief	<input checked="" type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	-------------------------------------	------	--------------------------	--------------------------

Oberschenkelhals:

schlank	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vom Kopf abgesetzt	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scharf konturiert	<input checked="" type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gelenkspalt:

Gestreckte Gliedmaßen	konzentrisch	<input checked="" type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------

Zentrum des Femurkopfes:

medial des dorsalen Pfannenrandes	<input checked="" type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf dors. Pfannenrand
-----------------------------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------------------------	-----------------------

Messung nach Norberg:

Winkel 105° oder größer	<input checked="" type="checkbox"/>	kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>
		kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>
		kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>

Beurteilung des Tierarztes:

Kein Hinweis für Hüftgelenksdysplasie	<input checked="" type="checkbox"/>
Übergangsform	<input type="checkbox"/>
Leichte Hüftgelenksdysplasie	<input type="checkbox"/>
Mittlere Hüftgelenksdysplasie	<input type="checkbox"/>
Schwere Hüftgelenksdysplasie	<input type="checkbox"/>

Hiermit wird bestätigt, dass die Tätowier- und Zuchtbuchnummer vom Unterzeichnenden **selbst** mit der Ahnentafel verglichen, die Röntgenaufnahme eindeutig gekennzeichnet, die Ahnentafel mit dem Röntgenvermerk versehen und bei dem Hund durch ausreichende Sedierung/Narkose eine hinreichende Muskulerschlagung erzielt wurde.



Unterschrift des Tierarztes

Stempel des Tierarztes

PRIVATES TIERSPITAL
 Dr. O. W. Fischer · Dr. K. Grohmann
 A-2100 Korneuburg, Laaerstraße 62
 Tel.: 02262/75520 · Notruf: 01/53116

Stempel des Tierarztes

PRIVATES TIERSPITAL
Dr. O. W. Fischer · Dr. K. Grohmann
A-2100 Korneuburg, Laaerstraße 62
Tel.: 02262/75520 · Notruf: 01/53116

Name des Eigentümers NENTWICH CHRISTIAN

Straße und Nr. KAMPICHL 66

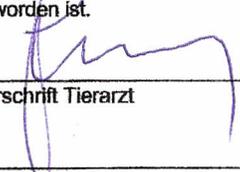
PLZ 2871 Ort ZÖBERN

Mitgliedsnummer _____

Datum der Röntg.-Aufn.: 17.5.2011 Nummer: _____

Hiermit wird bestätigt, daß die Tätowier- und Zuchtbuchnummer vom Unterzeichnenden selbst mit der Ahnentafel verglichen, die Röntgenaufnahme eindeutig gekennzeichnet und die Ahnentafel mit dem Röntgenvermerk versehen worden ist.

Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, daß mit der Teilnahme am SV-ED-Verfahren die angefertigte Röntgenaufnahme in das Eigentum des SV übergeht.

Datum _____ Unterschrift Tierarzt 

Datum _____ Unterschrift Eigentümer

Bemerkungen TA: _____

Name des Hundes	ZB-Nr.	Tätow.-Nr.	Wurfstag
<u>NICO LA MAISON DE GLEBOFF</u>	<u>DGBO-124</u>	<u>/</u>	<u>2.1.2010</u>

Befund der ED-Beurteilungsstelle:

- Kein Hinweis auf ED/ED0
- Grenzfall
- ED 1
- ED 2
- ED 3
- OCD
- FCP
- IPA
- Verdacht auf _____
- Arthrosegrad _____