

HD-RÖNTGENUNTERSUCHUNG

50293



Rassehunde-Zuchtverein: Deutscher Club für Koiterhondje e.V.

Rasse: Koiterhondje Rüde: Hündin:

Name des Hundes: Xallo-Dexter von Chicostein

ZB-Nr.: VDH/DCK 10/162 0737 gew.: 19.11.2010 Tätö-/Chip-Nr.: 276 098 102 957 859

Eigentümer: Roll, Markus

Anschrift: Lindenweg 2, 67258 Hessheim

Telefon: 06233 1375629

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

Datum der Röntgenaufnahme: 21.5.2012

Unterschrift des Eigentümers/
Besitzers als Einverständniserklärung: _____

Bestätigung des Röntgentierarztes

Siehe auch Hinweise für den Röntgentierarzt auf der Rückseite des Tierarztexemplars!

- 1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt. Die HD-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
- 2. Die Tätö-/Chip-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Tätö-/Chip-Nr. identisch.
- 3. Der Hund wurde mit der Tätö-/Chip-Nr. 276 098 102 957 859 im li. Knie (Ort) tätowiert/gechipt.
- 4. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskelerlaffung sediert.

Bemerkungen: _____

Tierärztliche
Gemeinschaftspraxis
Dr. S. Kremp / Dr. J. Kremp
Tullastr. 9 • 67346 Speyer
Tel. 06232-497300 • Fax -01

Datum: 21/05/2012 Unterschrift: [Signature] Stempel: _____

Befund der HD-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgentierarztes)

HD	A	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	HD-frei	<input type="checkbox"/>
1	2					
HD	B	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	Übergangsform/Grenzfall	<input type="checkbox"/>
1	2					
HD	C	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	Leichte HD	<input type="checkbox"/>
1	2					
HD	D	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	Mittlere HD	<input type="checkbox"/>
1	2					
HD	E	<table border="1"><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: _____