



Deutsch-Langhaar-Verband e.V.

AW Nr. 864
a, b, c, d, e, f

HD ☒ ED ☒ OCD ☒ Röntgenuntersuchung

(Bitte gewünschte Röntgenuntersuchung ankreuzen)

DL-Zuchtgruppe: Schleswig-Holstein

Name des Hundes: Asha von der Kornmaas Rüde: ☐ Hündin: ☒

Zb.Nr.: 147/23 Chip-Nr.: 276 093 402 423 147 gew.: 27.3.23

Farbe: braun, mit oder ohne Brustfleck ☒ Schimmel (bs / ds / hs / fs) ☐ braun-weiß ☐

Eigentümer: Eike Griese, Fehrbötelers Dorfstr. 14, 24635 Riebelung

Str. / PLZ / Ort: _____

Telefon: 01741 7687883

Datum d. Röntgenaufnahme: 6.5.24

Die Röntgenaufnahme wird mit Einsendung Eigentum des DL-Verbandes. Der Eigentümer/Besitzer bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes und dass bis zu diesem Zeitpunkt keine Operationen an den untersuchten Gelenken vorgenommen wurden und er/sie mit der Veröffentlichung aller Daten und Ergebnisse in den Publikationen des DL-Verbandes einverstanden sind.

Unterschrift des Eigentümers / Besitzers als Einverständniserklärung: [Signature]

Bestätigung des Röntgenarztes (siehe Hinweise für den Röntgenarzt auf Seite 2)

- Die Ahnentafel wurde vor Ausfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt. Die HD-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt. ☒
- Die ~~Tätowierung~~/Chip-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Tato-Nr./Chip-Nr. identisch. ☒
- Der Hund wurde mit der Chip-Nr. _____ in _____ (Ort) gekennzeichnet. ☐
- Der untersuchte Hund wurde ausreichend, bis zur Muskeler schlaffung sediert, geröntgt. ☒
- Auf die Eigentumsrechte an den Röntgenaufnahmen wird verzichtet. ☒

Bemerkungen:

Datum: 6.5.24 Unterschrift: [Signature] Stempel: Kleintierpraxis Barth, Lensch, Schroedter Ziegelstr. 51 · 23795 Bad Segeberg Telefon 045 51 6445

Befund der HD/ED/OCD-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgenarztes)

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> HD-A Kein Hinweis auf HD | <input checked="" type="checkbox"/> Kein Hinweis auf ED/ED-frei | <input checked="" type="checkbox"/> Kein Hinweis auf OCD/OCD-frei |
| <input type="checkbox"/> HD-B Übergangform/Grenzfall | <input type="checkbox"/> Grenzfall | <input type="checkbox"/> OCD-re |
| <input type="checkbox"/> HD-C Leichte HD | <input type="checkbox"/> ED-1 | <input type="checkbox"/> OCD-li |
| <input type="checkbox"/> HD-D Mittlere HD | <input type="checkbox"/> ED-2 | |
| <input type="checkbox"/> HD-E Schwere HD | <input type="checkbox"/> ED-3 | |

HD / ED / OCD Beurteilung abgelehnt wegen: ☐ mangelh. Lagerung ☐



Dieses Formular braucht nur 1 x ausgefüllt und ausgedruckt werden und ist mit der Röntgenaufnahme zu senden an:
Dr. med.vet. Peter Schunk, Obere Rangenäcker 20, 96476 Bad Rodach/Heldritt, Tel. 09364-9 23 70

Bad Rodach, den 16.5.2024 Gutachter: [Signature]