

Röntgenuntersuchung auf Ellenbogendysplasie (ED) und OCD

Besitzer/Eigentümer: _____ Tel.: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Rasse: _____ ZB-Nr.: _____

Name des Hundes: _____ Rüde Hündin

Wurftag: _____ Transponder-Nr.: _____ Mitgliedsnr.: _____

Die Identität des Hundes wurde überprüft, eine Fotokopie des Abstammungsnachweises wurde vorgelegt und wird der zuständigen Erfassungsstelle zugeleitet.

Datum: _____

Unterschrift des Besitzer/Eigentümer _____



Der unterzeichnende Tierarzt versichert und bestätigt,
dass er über die erforderliche instrumentale Ausrüstung
sowie über das spezielle Fachwissen zur Beurteilung
verfügt.

Datum / Unterschrift / Stempel

Untersuchungsergebnis

ED-Befund

	rechts	links		IPA	FFC	OCD	Stufe
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Grenzfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Grad 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Grad 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Grad 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Schulter-OCD-Befund

	rechts	links
OCD-frei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCD-Übergangsform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Bemerkungen: _____