

Röntgenuntersuchung auf Ellenbogendysplasie (ED) und OCD

Besitzer/Eigentümer: _____ Tel.: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Rasse: _____ ZB-Nr.: _____

Name des Hundes: _____ ☐ Rüde ☐ Hündin

Wurfstag: _____ 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				Schulter-OCD-Befund		
	rechts	links			rechts	links
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IPA	OCD-frei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grenzfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FFC	OCD-Übergangsform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OCD	OCD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stufe			
Grad 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Besondere Bemerkungen: _____
