



ED-RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Rasse: _____ Rüde: Hündin:

Name des Hundes: _____

ZB-Nr.: _____ gew.: _____ Chip-Nr.: _____

Eigentümer: _____

Anschrift: _____ E-mail: _____

Telefon/Fax: _____

Datum der Röntgenaufnahme: _____

Unterschrift des Eigentümers/Besitzers
und Einverständniserklärung: _____

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

Bestätigung des Röntgentierarztes:

1. Der Ahnennachweis wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt.
Die ED-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
2. Die Mikrochip-Nr./Tätowierung des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der im
Ahnennachweis verzeichneten identisch.
3. Der Hund wurde mit Mikrochip _____ gekennzeichnet.

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: _____

Befund der ED-Beurteilungsstelle (Nicht des Röntgentierarztes)

| | rechts | links | Verdacht | | | |
|----------|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| FPC | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| OCD | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| IPA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Arthrose | rechts | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> minimal | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| | links | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> minimal | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| Stufe | rechts | <input type="radio"/> < 2 mm | <input type="radio"/> 2 - 5 mm | <input type="radio"/> > 5 mm | | |
| | links | <input type="radio"/> < 2 mm | <input type="radio"/> 2 - 5 mm | <input type="radio"/> > 5 mm | | |

Bemerkungen: _____

Beurteilung ED-Grad:

rechts 0 Grenzfall 1 2 3
links 0 Grenzfall 1 2 3

Datum: _____

Rechnung:

Auswertungsgebühr EUR _____
+ Porto EUR _____
gesamt
werden erhoben: EUR _____

Unterschrift / Stempel des Gutachters: _____

Röntgenaufnahme und Formular bitte nur in Rolle senden an:
Hauptzuchtwartin Michaela Weyna, Heideweg 50, 47608 Geldern