



## 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.
4. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskeler schlaffung sediert.

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 Dr. Anja Seefeldt, Zur alten Mühle 14, 21244 Buchholz