

HD-RÖNTGENUNTERSUCHUNG

64345



Rassehunde-Zuchtverein: Deutscher Club für Leonberger Hunde e.V.

Rasse: Leonberger Rüde: Hündin:

Name des Hundes: Vulkan-Jokkel vom Holzland

ZB-Nr.: VDH10123 25831 gew.: 22.03.2013 Tato-/Chip-Nr.: 276098104517056

Eigentümer: Nicole Hallen

Anschrift: Schloßbergstr. 10, 86850 Fischach/Reitenbuch

Telefon: 08236 15688

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

Datum der Röntgenaufnahme: 10.10.2014

Unterschrift des Eigentümers/Besitzers als Einverständniserklärung: N. Hallen

Bestätigung des Röntgentierarztes

Siehe auch Hinweise für den Röntgentierarzt auf der Rückseite des Tierarztexemplars!

- 1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt. Die HD-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
- 2. Die Tato-/Chip-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Tato-/Chip-Nr. identisch.
- 3. Der Hund wurde mit der Tato-/Chip-Nr. _____ im _____ (Ort) tätowiert/gechipt.
- 4. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskeler schlaffung sediert.

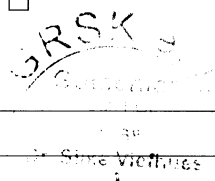
Bemerkungen:

Datum: 10.10.2014 Unterschrift: [Signature] Stempel: Tierärztliche Klinik
 Dres. Kaspar, Lechner, Pfeifer, TÄ Dietz
 Wertachstr. 1 • 90451 Nürnberg
 Tel. 09 11 / 64 31 10, Fax 09 11 / 64 57 59

Befund der HD-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgentierarztes)

HD	(A)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	HD-frei	<input checked="" type="checkbox"/>
HD	B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Übergangsform/Grenzfall	<input type="checkbox"/>
HD	C	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Leichte HD	<input type="checkbox"/>
HD	D	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Mittlere HD	<input type="checkbox"/>
HD	E	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Schwere HD	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen (z.B. Hinweise auf Patella-Luxation, Ellenbogendysplasie): @@



Datum: 23.10.14 Unterschrift/Stempel des Gutachters: [Signature]
nv