

Deutscher Retriever Club e.V.



Mit Einsendung werden die Röntgenaufnahmen Eigentum des DRC; der Hundebesitzer erklärt sich mit der Veröffentlichung und statistischen Auswertung der ED- und HD-Befunde einverstanden.

Röntgenuntersuchung auf Hüftgelenks- (HD) und Ellenbogendysplasie (ED)

Nur vom Gutachter auszufüllen!

				re.	li.			re.	li.	geringgradig	
				re.	li.	re.	li.	re.	li.	re.	li.
Beurteilung der Lagerung:	gestreckte Gliedmaßen	symmetrisch	gut gestreckt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	gebeugte Gliedmaßen	symmetrisch	Becken parallel zum Tisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	nicht parallel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Beine nach vorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beine seitwärts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der Pfanne:	Gesamteindruck:	tief		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	flach		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vorderer Pfannenrand:	scharf konturiert		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf mit Auflagerungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vordere Pfannenkontur:	rund auslaufend		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nach vorn abgeflacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelkopfes:	Gesamteindruck:	kugelförmig		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pilzförmig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sitz des Kopfes in der Pfanne:	tief		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	subluxiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	luxiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelhalses:		schlank	vom Kopf abgesetzt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			scharf konturiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	verkürzt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		dicht		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aufgelockert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auflagerungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Gelenkspaltes:		konzentrisch begrenzt		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	divergierend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferumkopfbefund:		medial		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	lateral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung nach Norberg:		Winkel 105° oder größer		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	kleiner als 105°		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1. Hundebesitzer (original)
- 2. DRC-Zuchtwart (grün)
- 3. DRC-Geschäftsstelle (gelb)
- 4. Gutachter (weiß)

HD-BEFUND	A1	A2	B1	B2	C1	C2	D1	D2	E1	E2
RECHTS	<input checked="" type="checkbox"/>									
LINKS	<input checked="" type="checkbox"/>									

- HD-Beurteilung abgelehnt wegen
- mangelhafter Lagerung
 - mangelhafter technischer Qualität

Arthrosegrad	KEIN	GERING	< 2 MM	2-5 MM	> 5 MM
RECHTS	<input checked="" type="checkbox"/>				
LINKS	<input checked="" type="checkbox"/>				

- Verdacht auf IPA FCP OCD

ED-BEFUND	FREI	GRENZ-FALL	GRAD I	GRAD II	GRAD III
RECHTS	<input checked="" type="checkbox"/>				
LINKS	<input checked="" type="checkbox"/>				

- ED-Beurteilung abgelehnt wegen
- mangelhafter Lagerung
 - mangelhafter technischer Qualität

15.12.2014
(Datum)



Vom Tierarzt auszufüllen!

Rasse: Labrador Retriever Wurfart: 02.04.2013 Code-Nr.: 44194

Chip-/Täto-Nr.: 276098104676359 Geschlecht: Rüde ZB-Nr.: DRC-L 1317897

Name des Hundes: _____

Stempel des Tierarztes

Kleintierpraxis Neuwarmbüchen

Dr. Susanne Bone

Höfstraße 22 · 30916 Isernhagen

Fon 0 51 39 - 95 82 33

Unterschrift des Tierarztes

[Handwritten signature]

THOMAS CHRISTES

(Name des Eigentümers)

ROTE REIHE 9

(Straße)

30169 HANNOVER

(PLZ, Wohnort)

Bestätigung des Röntgentierarztes:

Code-Nr.: 44194

- Die Identität des Hundes wurde anhand der Ahnentafel überprüft.
- Die Untersuchung wurde in der Ahnentafel vermerkt.
- Die Daten des Hundes auf diesem Formular entsprechen denen in der Ahnentafel.
- Mit der Veröffentlichung aller Daten und Ergebnisse bin ich einverstanden.
- Die umseitigen Hinweise für den Röntgentierarzt habe ich zur Kenntnis genommen.

Der untersuchte Hund wurde mit 1, 2 ^(Präparat/Menge) Quantorium sediert.

Datum der Röntgenaufnahmen: 21.11.2014

Bitte beachten Sie die Hinweise für den Röntgentierarzt auf der Rückseite!

Die mit Rasse, Wurftag, Code-Nr., Zuchtbuchnummer, Chip- /Tätowienummer, Datum der Röntgenaufnahme und Seitenmarkierungen gekennzeichneten Röntgenaufnahmen sind vom Tierarzt zusammen mit dem ausgefüllten Formular (die Ahnentafel des Hundes ist nicht mit einzusenden!) ohne jede Vorbeurteilung zu senden an:

DRC-Geschäftsstelle, Dörnhagener Str. 13, 34302 Guxhagen
Die Durchschläge bitte NICHT gesondert beschriften!

Anschriftenfeld bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!
Das Formular bitte vor der Einsendung NICHT trennen!

L. 14/590