

HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.

Name des Hundes: Kimba vom Hörster-Bruch		Geschlecht: <input type="checkbox"/> Rüde <input checked="" type="checkbox"/> Hündin
ZuchtbuchNr. 233935	TätoNr. 233935	ChipNr. 276093420233935
<input checked="" type="checkbox"/> Brsch <input type="checkbox"/> Schwsch Wurfdatum: 26.03.2017 <input type="checkbox"/> Braun <input type="checkbox"/> Braun m. Abz.		Hinweis für den Eigentümer: Die Auswertung der Aufnahme erfolgt erst nach Überweisung der Auswertungsgebühr in Höhe von 30,00 € auf das u. g. Konto. In diesem Betrag sind enthalten: Nettogebühr 25,21 € zzgl. 19 % MWST 4,79 €. <i>(bitte kein Bargeld o. Scheck beifügen).</i> Als Verwendungszweck bitte Namen und Zuchtbuch Nr. des Hundes angeben. HD-Auswertungsstelle VDD e.V. VR-Bank Coburg eG IBAN: DE87 7836 0000 0202 8283 59 SWIFT-BIC: GENODEF1COS Der Eigentümer/die Eigentümerin des Hundes, sowie der die Röntgenaufnahme fertigende Tierarzt übertragen das Eigentum an der Röntgenaufnahme unwiderruflich auf den VDD e.V., was durch die nachfolgenden Unterschriften bestätigt wird. <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Unterschrift des Eigentümers </div>
Name und Anschrift des Eigentümers (Adressfeld zur Rücksendung der Beurteilung bitte gut lesbar ausfüllen) Sebastian Dingwerth Name Zum Niederdorf 43 Straße 33790 Halle Westfalen PLZ / Ort		

Tierärztliche Bescheinigung des Röntgentierarztes:
 Ich bestätige hiermit, dass ich den o.g. Hund geröntgt habe. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, Deutsch-Drahthaar (DD), der ZuchtbuchNr./TätoNr./ChipNr., Wurfdatum, Datum der Röntgenaufnahme und meinem Praxisstempel gekennzeichnet. Der Hund wurde ausreichend sediert.

13.06.2018 prakt. Tierarzt
Hesseltischer Str. 3
 Datum Praxisstempel/Anschrift & TelefonNr. Unterschrift des Tierarztes
33488 HARSEWINKEL
Tel. 0 52 47 - 40 98 00

Dieses Formular ist an der Röntgenaufnahme (keine CD's - werden nicht ausgewertet) des Hundes zu befestigen (Schnellhefter, Klebeband oder dergleichen) **keine OriginalAT mitgeben** und die Röntgenaufnahme ist ohne Vorbeurteilung zu schicken an:
HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.
Dr. Peter Schunk
Obere Rangenäcker 20, 96476 Bad Rodach / Heldritt
Tel. 09564 92370 Fax 09564 923737 E-Mail: info@kleintierpraxis-bad-rodach.de
 Tierärzte, die über digitales Röntgen verfügen, bitte die Bilder über das Internetportal www.myvetsxl.com einschicken.

HD Auswertung durch den Gutachter des VDD e.V. (nach FCI / GRSK e.V.)				
Lagerungs- und Qualitätsmängel : Gliedermaßen	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>
	ungenügend gestreckt	<input type="checkbox"/>	ungenügend umgedreht	<input type="checkbox"/>
	übermäßig eingedreht	<input type="checkbox"/>	ungenügend parallel zueinander	<input type="checkbox"/>
Beckenpfanne : Gesamteindruck kraniale Pfannenkontur kranialer Pfannenrand	tief	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>
	strichförmig	<input type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>
	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	abgeflacht mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf : Gesamteindruck	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	zu klein	<input type="checkbox"/>
			Kragenbildung	<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne Oberschenkelhals	tief	<input type="checkbox"/>	Deformation	<input type="checkbox"/>
	schlank	<input type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt : Gestreckte Gliedermaßen Zentrum des Femurkopfes Messung nach Norberg			unscharf	<input type="checkbox"/>
	konzentrisch	<input type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
	medial d. dorsalen Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>
	Winkel größer als 105°	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>
			lateral	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>

Beurteilung und Befund			Aw.Nr. 27617
HD A	1	2	HD-frei (HD frei Stempel) <input checked="" type="checkbox"/> Bemerkungen :
HD - B	1	2	<input type="checkbox"/>
HD - C	1	2	<input type="checkbox"/>
HD - D	1	2	<input type="checkbox"/>
HD - E	1	2	<input type="checkbox"/>

25.6.2018
 Datum Unterschrift HD Gutachter Praxisstempel Stand 04/2018