

Hundeschutz – Verband - Bordesholm e.V.

ein Verband für alle Hunde * HS-V- e.V.

Tel.: 0 43 22 / 34 62 * Fax: 0 43 22 / 88 73 55

Email: kontakt@hundeschutz-verband.de * www.hundeschutz-verband.de



An den
HS-V- e.V.
Im Wiesengrund 27

24582 Bordesholm

Besitzer: _____
Str./ Nr.: _____
PLZ/ Ort: _____
Tel.: _____
Email: _____

Seite 1 - HD-
Seite 2 - ED-

Name des Hundes: _____

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

WT: _____ R / H Farbe: _____

Der Ahnenpass hat zum Vergleich vorgelegen: ja nein -

Sämtliche im Original v. TA ausgewertete Untersuchungsformulare, sowie die entsprechenden Röntgenbilder, betreffs der Zuchtstätten, gehen in den Besitz des HS-V- - sie müssen 15 Jahre aufbewahrt werden.

Mit den Untersuchungsmethoden ist der Besitzer einverstanden: _____

(Datum)

(Unterschrift Besitzer)

HD – Untersuchungsbefund

(wenn für die Zuchttauglichkeit: (HD- muss in Narkose gemacht werden !) Großrassen ab 18 Monate, Kleinrassen ab 15 Monate)

Datum der Röntgenaufnahme: _____ ED- auf Seite 2 ≥ ≥ ≥

Beurteilung der Lage: _____

Gestreckte Gliedmaßen	symmetrisch	<input type="radio"/>	asymmetrisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	unentschieden
	gut gestreckt	<input type="radio"/>	ungenügend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	gut eingedreht	<input type="radio"/>	ungenügend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gebeugte Gliedmaßen	Symmetrisch	<input type="radio"/>	Asymmetrisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Becken parallel zum Tisch	<input type="radio"/>	nicht parallel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Beine nach vorne	<input type="radio"/>	Beine seitwärts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Beurteilung der Pfanne:

Gesamteindruck	Tief	<input type="radio"/>	Flach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vord. Pfannenrand	scharf konturiert	<input type="radio"/>	Unscharf mit Auflagerungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vord. Pfannenkontur	rund auslaufend	<input type="radio"/>	nach vorne abgeflacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beurteilung des Oberschenkelkopfes:

Gesamteindruck	Kugelförmig	<input type="radio"/>	Abgeflacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	Tief	<input type="radio"/>	Pilzförmig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	Eckig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	Subluxiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beurteilung des Oberschenkelhalses:

Schlank	<input type="radio"/>	walzenförmig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vom Kopf abgesetzt	<input type="radio"/>	verkürzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scharf konturiert	<input type="radio"/>	unscharf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dicht	<input type="radio"/>	aufgelockert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beurteilung des Gelenkspaltes:

Konzentrisch begrenzt	<input type="radio"/>	Divergierend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-----------------------

Sonstiges:

Messung nach Norberg:

Winkel 105° oder größer	<input type="radio"/>	kleiner als 105°	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------------------	-----------------------	------------------	-----------------------	-----------------------

Hiermit bestätige ich, dass ich am: _____ die Röntgenuntersuchung an oben genanntem Hund vorgenommen habe. Die mit den Daten des Hundes gekennzeichneten Bilder sind beigelegt.

Stempel

(Unterschrift des röntgenden Tierarztes)

ED- auf Seite 2 ≥ ≥ ≥

0 Kein Hinweis (frei) (0 / A)

0 Übergangsform (1 / B) - (nur mit HD- frei paaren)

0 Leichte HD (2 / C) - (keine Zuchterlaubnis)

0 Mittlere HD (3 / D) - (keine Zuchterlaubnis)

0 Schwere HD (4 / E) - (keine Zuchterlaubnis)

0 Schwerst HD- (5 / F) - (keine Zuchterlaubnis)

Hiermit bestätige ich als auswertender Tierarzt die Richtigkeit der nebenstehend von mir eingetragenen HD- Bewertung des oben gen. Hundes auf Grund der vorgelegten Röntgenbilder.

Stempel

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des Tierarztes)

Hundeschutz – Verband - Bordesholm e.V.

ein Verband für alle Hunde * HS-V- e.V.

Tel.: 0 43 22 / 34 62 * Fax: 0 43 22 / 88 73 55

Email: kontakt@hundeschutz-verband.de * www.hundeschutz-verband.de



An den
HS-V- e.V.
Im Wiesengrund 27

24582 Bordesholm

Besitzer: _____
Str./ Nr.: _____
PLZ/ Ort: _____
Tel.: _____
Email: _____

Seite 2 - ED-
Seite 1 - HD-

Name des Hundes: _____

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

WT: _____ R / H Farbe: _____

Der Ahnenpass hat zum Vergleich vorgelegen: ja / nein

Sämtliche im Original v. TA ausgewertete Untersuchungsformulare, sowie die entsprechenden Röntgenbilder, betreffs der Zuchtstätten, gehen in den Besitz des HS-V- - sie müssen 15 Jahre aufbewahrt werden.

Mit den Untersuchungsmethoden ist der Besitzer einverstanden: _____
(Datum) (Unterschrift Besitzer)

Ellenbogendysplasie(ED-) – Untersuchungsbefund

(Für die Zuchttauglichkeit: Großrassen ab 18 Monate, Kleinrassen ab 15 Monate)

Datum der Röntgenaufnahme: _____ HD- auf Seite 1 ≥ ≥ ≥

Sedierung: _____

Technik: _____

Beurteilung der Aufnahmen im craniocaudalen Strahlengang:

	Rechts			Links	
Osteophyten	Nein	Ja Höhe: mm Lokalisation:		Nein	Ja Höhe: mm Lokalisation:
Inkongruenz					
Gelenksflächen	Nein	Ja		Nein	Ja
FPC	Nein	Ja		Nein	Ja
OCD	Nein	Ja		Nein	Ja
Andere	Nein	Ja Beschreibung:		Nein	Ja Beschreibung:

Beurteilung der Aufnahmen im mediolateralen Strahlengang:

	Rechts			Links	
Osteophyten	Nein	Ja Höhe: mm Lokalisation:		Nein	Ja Höhe: mm Lokalisation:
Inkongruenz					
Gelenksflächen	Nein	Ja		Nein	Ja
FPC	Nein	Ja		Nein	Ja
OCD	Nein	Ja		Nein	Ja
IPA	Nein	Ja		Nein	Ja
Andere	Nein	Ja Beschreibung:		Nein	Ja Beschreibung:

Hiermit bestätige ich, dass ich am: _____ die Röntgenuntersuchung an oben genanntem Hund vorgenommen habe. Die gekennzeichneten Bilder sind beigelegt.

Stempel

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des röntgenden Tierarztes)

Gesamtbeurteilung:

Einteilung nach der IEWG (International Elbow Working Group) 1999.

- Grad O möglichst nur mit frei paaren !
- Grad I nur mit frei – paaren !
- Grad II keine Zuchterlaubnis
- Grad III keine Zuchterlaubnis

Hiermit bestätige ich als auswertender Tierarzt die Richtigkeit der nebenstehenden eingetragenen ED- Bewertung oben genannten Hundes, auf Grund der vorgelegten, gekennzeichneten Röntgenbilder.

HD- auf Seite 1 ≥ ≥ ≥

Stempel

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des auswertenden Tierarztes)