

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 Ellbogendysplasie (ED)

Nur vom Gutachter auszufüllen!

				re.		li.		geringgradig		re.		li.	
Beurteilung der Lagerung:	Becken Gliedmaßen	symmetrisch	asymmetrisch	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		gut gestreckt	ungenügend	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		gut eingedreht	ungenügend	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		parallel	übermäßig eingedreht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Beurteilung der Pfanne:	Gesamteindruck:	tief	flach	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	vorderer Pfannenkontur:	strichförmig	subchondrale Sklerose	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Kraniolateraler Pfannenrand:	rund auslaufend	horizontal nach vorn abgeflacht	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Beurteilung des Oberschenkelkopfes:	Gesamteindruck:	kugelförmig	abgeflacht	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
			Deformation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
			Kragenbildung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Sitz des Kopfes in der Pfanne:	tief	lose	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Beurteilung des Überganges Oberschenkelkopf/-hals:		schlank	schlecht abgesetzt	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		vom Kopf abgesetzt	unscharf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		scharf konturiert	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Beurteilung des Gelenkspaltes:		kongruent	divergierend	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Femurkopfbereich:		medial	auf lateral	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Winkelmessung nach Norberg:		105° oder größer	< als 105°	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
			< als 100°	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
			< als 90°	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

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

Qualität Lagerung:	Technische Qualität:
<input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	<input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt

Arthrosegrad	KEINE	GERING	< 2 MM	2-5 MM	> 5 MM
	<input checked="" type="checkbox"/>				

Verdacht auf: IPA FCP OCD
 Coronoiderkrankung

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

Qualität Lagerung:	Technische Qualität:
<input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	<input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt

4.6.17
(Datum)

Unterschrift / Stempel des Gutachters

[Signature]

Gutachterin nach FCI
Nr. 53
Prof. Dr. Armin Meyer-Lindenberg
54110
DRC-G 1637363

Vom Tierarzt auszufüllen!

Rasse: Golden Retriever Wurfstag: 24.04.2016 Code-Nr.: 54110
Chip-/Täto-Nr.: 945000005056269 Geschlecht: Rüde ZB-Nr.: DRC-G 1637363

Name des Hundes: Bailey's Vision Asmo Angus

Stempel des Tierarztes
Kleintierpraxis Bona
Dr. Susanne Bona
Zuckerfabriksweg 5, 31319 Sehnde
Fon 05138-7028928
Fax 05138-7028929
Unterschrift des Tierarztes: *[Signature]*

Bestätigung des Röntgentierarztes: Code-Nr.: 54110

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 0,8 Präparat sediert.
(Präparat/Menge)

Karin + Hanke HARDER
(Name des Eigentümers)
Am Brink 11
(Strasse)
21225 Wistedt i.d.N.
(PLZ, Wohnort)

Datum der Röntgenaufnahmen: 02.05.2017

Bitte beachten Sie die Hinweise für den Röntgentierarzt auf der Rückseite!
Die mit Rasse, Wurfstag, Code-Nr., Zuchtbuchnummer, Chip-/Tätowiernummer, 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:

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

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

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