



Beurteilung auf Hüftgelenksdysplasie

Name des Hundes _____
Transpondernummer _____
Zuchtbuchnummer _____ Wurfdatum _____
Eigentümer mit Anschrift _____

Rüde Hündin

Einverständniserklärung:

Hiermit bestätigt der Unterzeichnende als Besitzer des Hundes die Identität des geröntgten Hundes. Er kennt die geltenden Bedingungen des Auswertungsverfahrens des OHC e.V. an. Die Röntgenaufnahmen werden mit Einsenden Eigentum des OHC e.V.. Die Auswertung ist nach Rechnungsregelung gemäß der Gebührenordnung des OHC e.V. an diesen zu bezahlen.

Datum und Unterschrift Eigentümer _____

Bestätigung des Röntgen-Tierarztes

- Ich bestätige (**bitte ankreuzen**) dass,
- die Ahnentafel vor der Röntgenaufnahme vorgelegt wurde.
 - die Transpondernummer des Hundes überprüft wurde und mit der Ahnentafel identisch ist.
 - der untersuchte Hund ausreichend sediert wurde.
 - die Aufnahme ohne Verwendung von Hilfsmitteln erstellt wurde.
 - die Aufnahme in das Eigentum des OHC e.V. übergeht.
 - das Gebiss geprüft, das Ergebnis unten eingetragen sowie bei Rüden die Hoden überprüft wurden.
 - Datum der Röntgenaufnahme _____ Nr. der Aufnahme _____
 - diese Dokumentation direkt an **Dr. Schmidt; Wandsbeker Königstr. 50; 22041 Hamburg** verschickt wurde.

Gebissprüfung

- Ich bestätige, dass der Hund vollzahnig ist. Ggf. zusätzliche Zähne habe ich im Schema eingetragen.
oder
 es fehlen folgende im Gebisschema durchgestrichenen Zähne.

	Rechts	Links
Oberkiefer	M2 M1 P4 P3 P2 P1 C1 I3 I2 I1	I1 I2 I3 C1 P1 P2 P3 P4 M1 M2
Unterkiefer	M3 M2 M1 P4 P3 P2 P1 C1 I3 I2 I1	I1 I2 I3 C1 P1 P2 P3 P4 M1 M2 M3

Es besteht folgende Gebissstellung:

- Scherengebiss Rückbiss
- Zangengebiss Vorbiss
- Kreuzbiss

Bei Rüden:

- Hoden:** vorhanden fehlend verkümmert
- | | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| rechts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| links | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum: _____ Unterschrift Röntgentierarzt: _____ Stempel Röntgen-Tierarzt _____

Befund der Auswertungsstelle

HD-Befund:

- | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| HD-frei | <input type="radio"/> A1 | <input type="radio"/> A2 |
| Übergangsform | <input type="radio"/> B1 | <input type="radio"/> B2 |
| Leichte HD | <input type="radio"/> C1 | <input type="radio"/> C2 |
| Mittlere HD | <input type="radio"/> D1 | <input type="radio"/> D2 |
| Schwere HD | <input type="radio"/> E1 | <input type="radio"/> E2 |

Bemerkungen: _____

Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____