

Röntgen - Befund

Stempel des Tierarztes

Rasse: _____ Rüde: Hündin:
 Name des Hundes: _____
 Tätow.- Nr.: _____ WT: _____ ZB . Nr. _____
 Eigentümer: _____
 Anschrift: _____
 Datum der Röntgenaufnahme: _____ Nr.: _____

Bestätigung des Röntgen - Tierarztes

- Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt. Die HD - Röntgenuntersuchung ist in der Ahnentafel vermerkt.
- Die Tätowierung des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Töto . Nr. identisch.
- Der Hund wurde mit der Nr. _____ tätowier
- Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskeler schlaffung sediert:

Bemerkungen: _____

Datum, Unterschrift: _____

Auswertungsstelle des DCNJH: Frau Annegret Beinrucker, 08064 Zwickau, Kirchstraße 2m, Tel.:0375 56 404 1

Beurteilung der Lagerung		R L		R L		unentschieden	
gestreckt	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen	gut gestreckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der Pfanne:		R L		R L		unentschieden	
Gesamteindruck	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorderer Pfannenrand:	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unscharf m. Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorderer Pfannenkontur:	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nach vorn abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelkopfes:		R L		R L		unentschieden	
Gesamteindruck:	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pilzförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eckig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitz d. Kopfes i.d. Pfanne:	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	subluxiert <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"/>
Beurteilung des Oberschenkelhalses:		R L		R L		unentschieden	
	schlank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verkürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aufgelockert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Gelenkespaltes:		R L		R L		unentschieden	
	konzentrisch begrenzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung nach Norberg:		R L		R L		unentschieden	
	Winkel 105 ° od. größer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleiner 105 °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Tierarztes:		R L		R L		unentschieden	
1 Kein Hinweis für Hüftgelenksdysplasie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Verdächtig für Hüftgelenksdysplasie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fast Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Leichte Hüftgelenksdysplasie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noch zugelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mittlere Hüftgelenksdysplasie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittlere HD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Schwere Hüftgeleksdysplasie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwere HD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Obergutachters:		R L		R L		unentschieden	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift: _____

Datum, Unterschrift: _____

Nach der Auswertung der Auswertungsstelle bitte zurücksenden an den DCNJH e.V. VdHws
 Verein: DCNJH E. Klinkig, Kastanienweg 9, 08301 Schlema OT Wildbach, Tel 03772 28998 /28956