

Deutscher Club für Leonberger Hunde e.V.



Mit Einsendung werden die Röntgenaufnahmen Eigentum des DCLH e.V. 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.		asymmetrisch		geringgradig		re.		li.	
Beurteilung der Lagerung:	Becken	symmetrisch		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
	Gliedmaßen	gut gestreckt		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
		gut eingedreht		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Beurteilung der Pfanne:	Gesamteindruck:	tief		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
	vorderer Pfannenkontur:	strichförmig		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
	Kraniolateraler Pfannenrand:	rund auslaufend		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Beurteilung des Oberschenkelkopfes:	Gesamteindruck:	kugelförmig		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
	Sitz des Kopfes in der Pfanne:	tief		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Beurteilung des Überganges Oberschenkelkopf/-hals:		schlank		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
		vom Kopf abgesetzt scharf konturiert		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Beurteilung des Gelenkspaltes:		kongruent		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Femurkopffzentrum:		medial		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Winkelmessung nach Norberg:		105° oder größer		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										

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

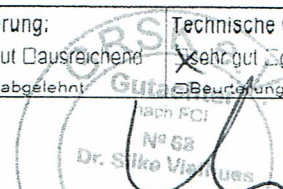
Qualität Lagerung:	Technische Qualität:
<input type="checkbox"/> Sehr gut <input checked="" type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	<input type="checkbox"/> sehr gut <input checked="" type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend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

Arthrosegrad	KEINE	GERING	< 2 MM	2-5 MM	> 5 MM
re.	<input checked="" type="checkbox"/>				
li.	<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 type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	<input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt



(Unterschrift / Stempel des Gutachters)

Vom Tierarzt auszufüllen!

Rasse: Leonberger Wurfstag: 05.12.2020
 Chip-/Tato-Nr.: 276098800143541 Geschlecht: weiblich ZB-Nr.: VDH/DLZB 29817

Name des Hundes: Kamira vom Dreiburgenland

Stempel des Tierarztes
Dr. H. Kendlinger
 prakt. Tierarzt
 Moltkestr. 2 84453 Mühldorf
 08631/7333
 Unterschrift des Tierarztes: *[Signature]*

Bestätigung des Röntgentierarztes:
 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 Hinweise auf dem beigefügten Informationsblatt für den Röntgentierarzt habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit der Unterschrift bestätigt der Tierbesitzer die Identität des Hundes und erklärt sich mit einer kostenpflichtigen Auswertung einverstanden.
 Unterschrift: Matthias Schröder
 Name des Eigentümers: Matthias Schröder
 Adresse: Kirchstraße 7
94538 Furstenstein-Oberpolling
 (PLZ, Wohnort)

Der untersuchte Hund wurde mit _____ sediert (Pflanzlich/Mittel)
 Datum der Röntgenaufnahmen: 09.12.2022

Die mit Rasse, Wurfstag, Zuchtbuchnummer, Chipnummer, 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:

Dr. Silke Viefhues,
 Bunsenstr. 20 59229 Ahlen
 Telefon: 02382-76670-24
 Fax: 02382-82068

Anschreibenfeld bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!