

HD-Röntgen für:

Name des Hundes Causeway Duke

Rasse: Border Collie ZB-Nr.: _____

Tätow. - Chip -Nr. [redacted] WT.: 12.08.2019

Eigentümer: _____

Anschrift: [redacted]

Datum d. Rönt.-Aufn.: 11.09.2020 Nr.: [redacted]

Beckenpfanne:

Gesamteindruck	tief	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	geringgradig
Kraniale Pfannenkontur	strichförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	subchrondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	
Kraniolater. Pfannenrand	rund auslaufend	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	

Oberschenkelkopf:

Gesamteindruck	kugelförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	zu klein	<input type="checkbox"/>
			Kragenbildung	<input type="checkbox"/>
			Deformation	<input type="checkbox"/>

Sitz des Kopfes in der Pfanne:

	tief	<input checked="" type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>
--	------	-------------------------------------	------	--------------------------

Oberschenkelhals:

	schlank	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>
			Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
			Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>

Gelenkspalt:

Gestreckte Gliedmaßen	konzentrisch	<input checked="" type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------

Zentrum des Femurkopfes:

	medial des dorsalen Pfannenrandes	<input checked="" type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>	auf dors. Pfannenrand
--	-----------------------------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	-----------------------

Messung nach Norberg:

Winkel 105° oder größer	<input checked="" type="checkbox"/>	kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>
		kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>
		kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>

Beurteilung des Tierarztes:

Kein Hinweis für Hüftgelenkdysplasie	<input checked="" type="checkbox"/>
Übergangsform	<input type="checkbox"/>
Leichte Hüftgelenkdysplasie	<input type="checkbox"/>
Mittlere Hüftgelenkdysplasie	<input type="checkbox"/>
Schwere Hüftgelenkdysplasie	<input type="checkbox"/>

Befundbogen zur OC (D)-Röntgenuntersuchung

Stempel des/der Tierarztes/Tierärztin

MAG. VET. MED.

Eigentümer/in bzw. Rechnungsanschrift:

Name/Vorname

Anschrift

Mitgliedsnummer

Datum Röntg.Aufn.: 11.09.2020 Nummer: XXXXXXXXXX

Gesch

Rüde Hündin

Name

Causeway Duke

ZB-Nu

Tätowier-/Chip-Nummer

XXXXXXXXXX

Wurfstag 12.08.2019

Hiermit wird bestätigt, dass die Tätowier-, Chip- und Zuchtbuchnummer vom/von der Unterzeichnenden selbst mit der Ahnentafel verglichen, die Röntgenaufnahme eindeutig gekennzeichnet ist.

11.09.2020
Datum

[Signature]
Unterschrift Tierarzt/Tierärztin

Ich bestätige die Angaben des vorgenannten Hundes und nehme zustimmend zur Kenntnis, dass mit der Teilnahme am kostenpflichtigen SV-OC (D)-Verfahren die angefertigte Röntgenaufnahme in das Eigentum des SV übergeht. Ich bestätige die Identität des Hundes und dass an diesem bis zum Zeitpunkt des Röntgens keine Operationen an der Lendenwirbelsäule/Kreuzbein vorgenommen wurden.

Beurteilung auf Osteochondrose-OC (L7 : S1)

- Kein Hinweis auf OC
 Hinweis auf OC
 Stufe L7:S1

Befundbogen zur ED-Röntgenuntersuchung

Name des Hundes	ZB-Nr.	Tätow.-Nr.	Wurfstag
<u>Causeway Duke</u>		XXXXXXXXXX	<u>12.08.2019</u>

Befund der ED-Beurteilungsstelle:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Kein Hinweis auf ED/EDO | <input type="checkbox"/> OCD |
| <input type="checkbox"/> Grenzfall | <input type="checkbox"/> FCP |
| <input type="checkbox"/> ED 1 | <input type="checkbox"/> IPA |
| <input type="checkbox"/> ED 2 | <input type="checkbox"/> Verdacht auf _____ |
| <input type="checkbox"/> ED 3 | <input type="checkbox"/> Arthrosegrad _____ |