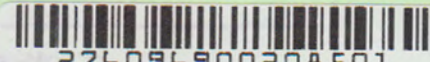


S

HD-Untersuchung



Name des Hundes: Ambros vom Staudalände Rüde/Hündin
 ZB-Nr.: HZD 08 15377 gew.: 12.03.2008
 Eigentümer: Stefffried Bötzer
 Anschrift: Hohenelbestr. 19, 87616 Marktoberdorf
 Regional-Gruppe: Süd
 Datum der Röntgen-Aufnahme: 1.9.2009 Nr.:

Stempel des Tierarztes:
Dr. GEORG WEINHART
 Fachtierarzt für Pferde
 Franz-Schmidstr. 26 87616 Marktoberdorf
 Telefon 08342 98286
 Sprechstd. für Kleintiere: Mo-Fr 8.30-10 Uhr
 Nachmittags nach Vereinbarung

Die Röntgenaufnahme wird mit Einsendung Eigentum der HZD.

Die Röntgenaufnahme, versehen mit Name und Zuchtbuch-Nr. des Hundes ist zusammen mit dem kompletten Formular (alle 5 Blätter) vom Tierarzt direkt an die Auswertungsstelle Prof. Saar zu senden. Die Ahnentafel verbleibt beim Besitzer

Prof. Dr. Christian Saar
 Wandsbecker-Königsstr. 50
 22041 Hamburg

Bestätigung des Tierarztes

Es wird ausdrücklich bestätigt, daß (Nichtzutreffendes bitte streichen)

- 1. die Ahnentafel vor der Röntgenaufnahme vorgelegt wurde. Die HD-Untersuchung in die Ahnentafel eingetragen ist
- 2. die Tätowierung bzw. die Chip-Nr. des Hundes anhand der Ahnentafel überprüft wurde bzw.
- 3. die Tätowierung bzw. das Chippen von mir vor dem Röntgen vorgenommen wurde.
- 4. der untersuchte Hund ausreichend sediert wurde.
- 5. die Aufnahme ohne Verwendung von Hilfsmitteln hergestellt wurde.
- 6. die Aufnahme in das Eigentum der HZD übergeht.

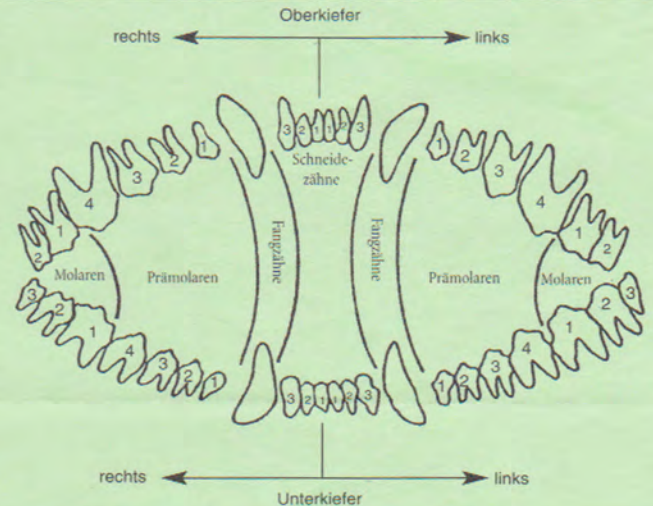
Dr. GEORG WEINHART
 Fachtierarzt für Pferde
 Franz-Schmidstr. 26 87616 Marktoberdorf
 Telefon 08342 98286
 Sprechstd. für Kleintiere: Mo-Fr 8.30-10 Uhr
 Nachmittags nach Vereinbarung

1.9.2009
Datum

[Signature]
Unterschrift des Röntgen-Tierarztes

Stempel des Tierarztes

- vollzahnig nicht vollzahnig
 - Scherengebiss Zangengebiss
 - Vorbeißer Hinterbeißer
 - Kreuzbeißer
- fehlende Zähne bitte streichen,
zusätzliche bitte eintragen



- bei Rüden:
 Hoden: vorhanden fehlend verkümmert
 rechts rechts
 links links

Auf Grund der Röntgen-Aufnahme wird folgende Beurteilung gegeben:

	R	L
Kein Hinweis für Hüftgelenksdysplasie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Verdächtig für Hüftgelenksdysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Hüftgelenksdysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Hüftgelenksdysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Hüftgelenksdysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A	<input checked="" type="checkbox"/> 2
B	<input type="checkbox"/> 1 2
C	<input type="checkbox"/> 1 2
D	<input type="checkbox"/> 1 2
E	<input type="checkbox"/> 1 2

Prof. Dr.
 Christian Saar
 Wandsbecker-Königstr. 50
 22041 Hamburg

Hamburg, den 23.10.09

[Signature]

Gutachten und Röntgenaufnahme bitte an die HD-Stelle (s.o.) zurückschicken.