

Europäische Kynologische Union e.V.

Geschäftsstelle: Fam. Ernst - 85051 Ingolstadt - Kistnerstr. 2 - Tel. 08450 - 8765 - Fax 08450 - 7692



ED - Röntgenuntersuchung - Befundbogen

das Untersuchungsergebnis muss bei der Zuchttauglichkeits-Prüfung vorgelegt werden

+

Untenstehende Angaben sind vom Besitzer des Hundes klar und deutlich auszufüllen - sichtbar auch auf den Durchschriften

Rasse:	Labrador Retriever	Rüde	<input checked="" type="checkbox"/>	Hündin	<input type="checkbox"/>
Name des Hundes:	Xaver Nero vom Seebachtal				
Wurfstag:	20.01.2013	Zuchtbuch-Nr.:	EKU 13-35158		
Täto-Nr.:		Chip-Nr.:	276098104627871		
Besitzer:	Gunter Herrmann	Tel.:	01718333201		
Wohnort:	73453 Abtsgmünd	Fax:			
Straße:	Dachsweg 7	Mitglied bei	DHZ.Sy.EU		

Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, dass mit der Teilnahme am EKU-ED-Verfahren, die angefertigten Röntgenaufnahmen in das Eigentum der EKU übergehen.

02.03.14
Datum Unterschrift Besitzer

Untersuchender Tierarzt (siehe Beiblatt)	Stempel des Tierarztes
Hiermit wird bestätigt, dass obige Angaben des Besitzers mit der Ahnentafel übereinstimmen.	Tierärztliche Praxis am Baderhölzle Dr. Andreas Hofmann Täle 3 · 89522 Heidenheim Tel. 0 73 21 - 342 60
HEIDENHEIM 4/3/2014 Ort - Datum Unterschrift Tierarzt	

Befund der ED - Auswertungsstelle

<input checked="" type="checkbox"/> Kein Hinweis auf ED = ED 0	<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 _____

ED - Beurteilung abgelehnt wegen: mangelhafte Lagerung mangelhafte Qualität

Bemerkungen: _____

Zusätzliche Befunde: _____

Dr. M. Bozicevic
 prakt. Tierarzt
 Regensburger Str. 221
 85055 Ingolstadt
 Telefon: 08450 31 034
 Mobil: 0172-970 11 85

Ingolstadt 14.03.2014
Ort, Datum

Unterschrift - Dr. Bozicevic - EKU ED - Auswertungsstelle

Europäische Kynologische Union e.V.

Geschäftsstelle: Fam. Ernst - 85051 Ingolstadt - Kistnerstr. 2 - Tel. 08450 - 8765 - Fax 08450 - 7692

HD - Röntgenuntersuchung

das Untersuchungsergebnis muss bei der Zuchttauglichkeits-Prüfung vorgelegt werden



Untenstehende Angaben sind vom Besitzer des Hundes klar und deutlich auszufüllen - sichtbar auch auf den Durchschriften

Rasse:	Labrador Retriever	Rüde	<input checked="" type="checkbox"/>	Hündin	<input type="checkbox"/>
Name des Hundes:	Xaver Nero vom Seebachtal				
Wurfstag:	22.01.2013	Zuchtbuch-Nr.:	EKU 13-35158		
Tilto-Nr.:		Chip-Nr.:	276098 104627871		
Besitzer:	Gunter Herrmann	Tel.:	01718 333201		
Wohnort:	73453 Abtsgmünd	Fax:			
Straße:	Dachsweg 7	Mitglied bei	DHZ SV. EU		
Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, dass mit der Teilnahme am EKU-HD-Verfahren, die angefertigten Röntgenaufnahmen in das Eigentum der EKU übergehen.		Datum	02.03.14 <i>[Signature]</i>		
			Unterschrift Besitzer		

<p>Untersuchender Tierarzt (siehe Beiblatt)</p> <p>Hiermit wird bestätigt, dass obige Angaben des Besitzers mit der Ahnentafel übereinstimmen. Mit unten stehendem Ausfertigungsdatum wurde die Röntgenuntersuchung durchgeführt.</p> <p><i>HEIDENHEIM 4/3/2014</i> <i>[Signature]</i></p> <p>Ort - Datum Unterschrift Tierarzt</p>	<p>Stempel des Tierarztes - klar und deutlich</p> <p>Tierärztliche Praxis am Baderhölzle Dr. Andreas Hofmann Täle 3 · 89522 Heidenheim Tel. 0 73 21 - 342 60</p>
---	---

Beurteilung der Lagerung:		unentschieden	
Gestreckte Gliedmaßen	symmetrisch <input checked="" type="checkbox"/> gut gestreckt <input checked="" type="checkbox"/> gut eingedreht <input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch <input type="checkbox"/> ungenügend <input type="checkbox"/> ungenügend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gebeugte Gliedmaßen	symmetrisch <input type="checkbox"/> Becken zum Tisch parallel <input type="checkbox"/> Beine nach vorn <input type="checkbox"/>	asymmetrisch <input type="checkbox"/> Becken zum Tisch nicht parallel <input type="checkbox"/> Beine seitwärts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beurteilung der Pfanne:			
Gesamteindruck	tief <input checked="" type="checkbox"/> scharf konturiert <input checked="" type="checkbox"/> rund auslaufend <input checked="" type="checkbox"/>	flach <input type="checkbox"/> unscharf mit Auslagerungen <input type="checkbox"/> nach vorn abgeflacht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelkopfes			
Gesamteindruck	kugelförmig <input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht <input type="checkbox"/> pilzförmig <input type="checkbox"/> eckig <input type="checkbox"/> subluxiert <input type="checkbox"/> luxiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief <input checked="" type="checkbox"/>		
Beurteilung des Oberschenkelhalses			
	schlank <input checked="" type="checkbox"/> vom Kopf abgesetzt <input checked="" type="checkbox"/> scharf konturiert <input checked="" type="checkbox"/> dicht <input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig <input type="checkbox"/> verkürzt <input type="checkbox"/> unscharf <input type="checkbox"/> aufgelockert <input type="checkbox"/> Auflagerungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beurteilung des Gelenkspaltes			
	konzentrisch begrenzt <input checked="" type="checkbox"/>	divergierend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der Winkelung			
	Winkel 105° oder größer <input checked="" type="checkbox"/>	Winkel kleiner als 105° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befund der HD - Auswertungsstelle		
kein Hinweis für Hüftgelenksdysplasie / HD-frei / Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	A <input checked="" type="checkbox"/>
verdächtig für Hüftgelenksdysplasie / fast normal Übergangsform	<input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
leichte Hüftgelenksdysplasie / noch zugelassen / leichte HD	<input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
mittlere Hüftgelenksdysplasie / Zuchtverbot / mittlere HD	<input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
schwere Hüftgelenksdysplasie / Zuchtverbot / schwere HD	<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<i>Ingolstadt 14.03.2014</i>	<i>[Signature]</i>	
Ort, Datum	Unterschrift Tierarzt	Stempel