



# Kaukasischer Schäferhunde-Club e.V.

## HD/ED-Röntgenuntersuchung für Kaukasische Schäferhunde



**Achtung:** Für die HD/ED-Röntgenuntersuchung ist ein Mindestalter von 16 Monaten vorgeschrieben! Das Röntgenbild und dieses HD/ED-Beurteilungsformular sind vom Tierarzt unmittelbar an den Gutachter: **Herrn Dr. med. vet. Kurt Witteborg, Neue Straße 57, 29640 Schneverdingen. Tel. 05193-6322, Fax: 05193-3601, E-Mail: [dr@witteborg.de](mailto:dr@witteborg.de) zu senden.** **Digitale HD-Aufnahmen müssen auf die Internetplattform geladen werden (siehe Erklärung HD Portal).**

Name des Hundes: \_\_\_\_\_ Rüde:  Hündin:   
 ZB-Nr.: \_\_\_\_\_ gew.: \_\_\_\_\_ Täte-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Eigentümer: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Der Eigentümer/Besitzer bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes.

Unterschrift des Eigentümers/Besitzers: \_\_\_\_\_

### Bestätigung des Röntgentierarztes

1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt.  
Die HD/ED-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
2. Die Tätowierung/Chipnummer des Hundes wurde überprüft;  
sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Täte.-/Chip-Nr. identisch.
3. Der Hund wurde mit der Nr. \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ (Ort) tätowiert.
4. Der Hund wurde mit dem ISO-Transponder(Chip)-Nr. \_\_\_\_\_ gekennzeichnet.
5. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskelerschlaffung sediert.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Stempel: \_\_\_\_\_

### Befund der HD-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgentierarztes)

HD	0	A	1	2	HD-frei	<input type="checkbox"/>
HD	I	B	1	2	Übergangsform / Grenzfall	<input type="checkbox"/>
HD	II	C	1	2	Leichte HD	<input type="checkbox"/>
HD	III	D	1	2	Mittlere HD	<input type="checkbox"/>
HD	IV	E	1	2	Schwere HD	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Befund der ED-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgentierarztes)

### Arthrosegrad (Knochenzubildungen an folgenden Gelenkabschnitten)

	links	rechts
keine		
gering		
< 2mm		
2-5mm		
> 5mm		

### Primärläsionen (Defekte an folgenden Gelenkabschnitten)

	verdächtig		befallen	
Unvollständiger Processus anconeus isolatus	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>
Processus anconeus isolatus	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>
Subchondraler Defekt der Trochlea (OC- ohne, OCD mit Sklerose)	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>
Medio coronoid process disease	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>
Fraktur – Processus coronoideus medialis	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>

		links	rechts
<b>ED-Grad</b>	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ED</b>	<b>Grenzfall</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ED-Grad</b>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ED-Grad</b>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ED-Grad</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen :

---



---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel des Gutachters: \_\_\_\_\_

**Der Befund der HD/ED-Beurteilungsstelle ist an: Herrn Jens Kleta, Dreesch 6b, 17291 Grünow zu schicken.**

**E-Mail: j.kleta@t-online.de**