



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. Alexander Koch, Am Alten Werk 6, D-21406 Melbeck. Tel. 04134-9391900, Fax: 04134-910525, E-Mail: a.koch@tgz-oerzen.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 Muskeler schlaffung 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
ED-Grad	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED	Grenzfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED-Grad	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED-Grad	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED-Grad	3	<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