



HD – Röntgenuntersuchung

Alliance Cynologie International (ACI e.V.) Zuchtbuch

Alliance Cynologie International
(ACI e.V.)
Holzweg 6
74850 Schefflenz
Tel.: 06293 9298675
Fax.: 06293 9298682
www.aciev.de
info@aciev.de

Rasse: _____ Rüde: Hündin:

Name des Hundes: _____

ZB-Nr.: _____ Wurfstag: _____ Chip-Nr.: _____

Eigentümer: _____ Die Röntgenaufnahme wird mit Einsendung Eigentum des
Rassehund-Zuchtverbands. Der Eigentümer / Besitzer

Anschrift: _____

Telefon: _____

Datum der Röntgenaufnahme: _____

Unterschrift des Eigentümers / Besitzers als Einverständniserklärung: _____

Bestätigung des Röntgentierarztes

1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt.
Die HD-Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
2. Die Tätowierung bzw. Chip-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Tätö-Nr. bzw. Chip-Nr. identisch.
3. Der Hund wurde mit der Nr. _____ im _____ (Ort) tätowiert.
5. Eingescannte Chip-Nr.: _____
4. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskellerschlaffung sediert.

Bemerkung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: _____

Beckenpfanne:					geringgradig
Gesamteindruck	tief <input type="checkbox"/>	flach <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Kraniale Pfannenkontur	strichförmig <input type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Kraniolater. Pfannenrand	rund auslaufend <input type="checkbox"/>	abgeflacht <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		mit Auflagerungen <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf:					
Gesamteindruck	kugelförmig <input type="checkbox"/>	zu klein <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		Kragenbildung <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		Deformation <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne:					
	tief <input type="checkbox"/>	lose <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Oberschenkelhals:					
	schlank <input type="checkbox"/>	walzenförmig <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt <input type="checkbox"/>				
	scharf konturiert <input type="checkbox"/>	unscharf <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		Auflagerungen <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		Linie nach Morgan <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt:					
Gestreckte Gliedmaßen	konzentrisch <input type="checkbox"/>	divergierend <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Zentrum des Femurkopfes:					
	medial des dorsalen Pfannenrandes <input type="checkbox"/>	lateral <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
					auf dors. Pfannenrand
Messung nach Norberg:					
	Winkel 105° oder größer <input type="checkbox"/>	kleiner als 105° <input type="checkbox"/>			
		kleiner als 100° <input type="checkbox"/>			
		kleiner als 90° <input type="checkbox"/>			

Befund der HD-Beurteilungsstelle

(nicht des Röntgentierarztes)

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

Bemerkung: _____

Datum: _____ Unterschrift / Stempel des Gutachters: _____