

# VEREIN VON LANDSEERFREUNDEN UND -ZÜCHTERN IN DEUTSCHLAND E.V.

Diagnostik: Angelika Buhles, Lehdebergstr. 98, 27616 Beverstedt-Bokel, Tel.: 04748/5497354 diagnostik@vld-landseer.de

## HD-Röntgenuntersuchung

Name des Hundes: \_\_\_\_\_ Rüde  Hündin

ZB-Nr.: \_\_\_\_\_ gew.: \_\_\_\_\_ Tätö-/Chip-Nummer: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

### Bestätigung des Röntgenarztes

(Siehe Hinweise für den Röntgentierarzt)

1. Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt.
2. Die Tätowierung/der Chip des Hundes wurde überprüft und ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Nummer identisch.
3. Der Hund wurde mit der Nr. \_\_\_\_\_ im linken Ohrappen tätowiert, bzw. in der linken Schulterseite gechipt.
4. Der geröntgte Hund wurde ausreichend bis zur Muskeler schlaffung sediert.
5. Die beiliegenden Hinweise sind beachtet worden.

Datum der Röntgenaufnahme: \_\_\_\_\_

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

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

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

|   |                       | Richtig  |                          | Falsch                 |                          | Unentschieden |
|---|-----------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|
|   |                       | L  | R                        | L                      | R                        |               |
| <b>Beurteilung der Lagerung</b>           | Gestreckte Gliedmaßen | symmetrisch  | <input type="checkbox"/> | asymmetrisch           | <input type="checkbox"/> |               |
|   |                       | gut gestreckt  | <input type="checkbox"/> | ungenügend gestreckt   | <input type="checkbox"/> |               |
|   |                       | gut eingedreht                                       | <input type="checkbox"/> | ungenügend eingedreht  | <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Beurteilung der Pfanne</b>             | Gesamteindruck        | tief   | <input type="checkbox"/> | flach                  | <input type="checkbox"/> |               |
|   | vorderer Pfannenrand  | Rand vorn scharf konturiert                          | <input type="checkbox"/> | unscharf mit Auflager. | <input type="checkbox"/> |               |
|   | vordere Pfannenkontur | rund auslaufend                                      | <input type="checkbox"/> | nach vorn abgeflacht   | <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Beurteilung des Oberschenkelkopf</b>   | Gesamteindruck        | kugelförmig  | <input type="checkbox"/> | abgeflacht             | <input type="checkbox"/> |               |
|   |                       |  | <input type="checkbox"/> | pilzförmig             | <input type="checkbox"/> |               |
|   | Sitz in der Pfanne    | tief   | <input type="checkbox"/> | subluxiert luxiert     | <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Beurteilung des Oberschenkelhalses</b> |                       | schlank  | <input type="checkbox"/> | walzenförmig           | <input type="checkbox"/> |               |
|   |                       | vom Kopf abgesetzt                                   | <input type="checkbox"/> | verkürzt               | <input type="checkbox"/> |               |
|   |                       | scharf konturiert                                    | <input type="checkbox"/> | unscharf               | <input type="checkbox"/> |               |
|   |                       | dicht  | <input type="checkbox"/> | aufgelockert           | <input type="checkbox"/> |               |
|   |                       |  | <input type="checkbox"/> | Auflagerungen          | <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Beurteilung des Gelenkspaltes</b>      |                       | konzentrisch begrenzt                                | <input type="checkbox"/> | divergierend           | <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Norberg-Messung</b>                    |                       | Winkel 105° oder größer                              | <input type="checkbox"/> | kleiner als 105°       | <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Beurteilung abgelehnt wegen</b>        |                       | mangelhafter Lagerung<br>mangelhaft. techn. Qualität | <input type="checkbox"/> |                        | <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Bemerkungen</b>                        |                       |  |                          |                        |                          |               |
| <b>Einstufung</b>                         | <b>A</b>              | <b>B</b>   | <b>C</b>                 | <b>D</b>               | <b>E</b>                 |               |
|   | 1 2                   | 1 2  | 1 2                      | 1 2                    | 1 2                      |               |

Datum: \_\_\_\_\_

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