



## Röntgenuntersuchung auf HD

Name des Hundes\* : \_\_\_\_\_  
 Rasse\* : \_\_\_\_\_ F.C.I.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Zuchtbuchnummer\* : \_\_\_\_\_ Geschlecht : \_\_\_\_\_  
 Chipnummer\* : \_\_\_\_\_ Wurfstag : \_\_\_\_\_  
 Besitzer : \_\_\_\_\_  
 Anschrift : \_\_\_\_\_

Die mit \* gekennzeichneten Angaben müssen unabänderlich auf dem Röntgenbild angebracht sein.  
 Die Chipnummer wurde anhand der Ahnentafel überprüft. Der zu röntgende Hund wurde ausreichend sediert.

Datum der Röntgenaufnahme: \_\_\_\_\_

		R	L		R	L
<b>Beurteilung der Lagerung:</b> <u>gestreckte Gliedmaßen:</u>	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut gestreckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	parallel zueinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übermässig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beckenpfanne:</b> <u>Gesamteindruck:</u>	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	strichförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>Kraniale Pfannenkontur:</u>			abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Kraniolater. Pfannenrand:</u>	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oberschenkelkopf:</b> <u>Gesamteindruck:</u>	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<b>Sitz des Kopfes in der Pfanne:</b>	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oberschenkelhals:</b>	schlank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
<b>Gelenkspalt:</b>	konzentrisch begrenzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zentrum des Femurkopfes:</b>	medial d. dors. Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Messung nach Norberg:</b>	Winkel 105° oder größer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Beurteilung des Röntgentierarztes:**

HD frei   
 HD Verdacht   
 Leichte HD   
 Mittlere HD   
 Schwere HD

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_

**Beurteilung eines 2. Tierarztes:**

HD frei   
 HD Verdacht   
 Leichte HD   
 Mittlere HD   
 Schwere HD

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_