



## 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: \_\_\_\_\_

<b>Beurteilung der Lagerung:</b>		<b>R L</b>		<b>R L</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"/>
		<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"/>
<u>Kraniale Pfannenkontur:</u>	strichförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Kraniolater. Pfannenrand:</u>	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kragenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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: \_\_\_\_\_