



HD-Röntgenuntersuchung Lagotto Romagnolo Wasserhunde Deutschland e.V.



Angaben zum Lagotto Romagnolo:

ID Nr.:

Name des Hundes: _____

ZB-Nr.: _____

Wurfstag.: _____ (Mindestalter für die Untersuchung ist 12 Monate)

Chip-Nr.: _____

Geschlecht: _____

Bestätigung des Röntgenarztes

- Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt Ja Nein
- Die Chip-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Chip-Nr. identisch Ja Nein
- Der Hund wurde mit der Chip-Nr. _____ (Halsseite) gechipt links rechts
- Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskeler schlaffung sediert Ja Nein

Bemerkungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: _____

Befund der HD-Beurteilungsstelle (nicht des Röntgenarztes)

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="radio"/> HD A | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 | HD-Frei | <input type="radio"/> | Digitale Aufnahmen über des GRSK-Portal unter www.myvetsxl.com hochladen im DICOM-Format. |
| <input type="radio"/> HD B | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 | Übergangsform/Grenzfall | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> HD C | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 | Leichte HD | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> HD D | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 | Mittlere HD | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> HD E | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 | Schwere HD | <input type="radio"/> | |
| -keine Datenträger z.B. CDs einschicken- | | | | |
| <input type="radio"/> LÜW | <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Typ 1 | <input type="radio"/> Typ 2 | <input type="radio"/> Typ 3 |

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel des Gutachters: _____

Dieses Formular per Post an: Dr. S. Viefhues - Bunsenstr. 20 - 59229 Ahlen.



HD-Röntgenuntersuchung Lagotto Romagnolo Wasserhunde Deutschland e.V.



Angaben zum Lagotto Romagnolo:

ID Nr.:

Name des Hundes: _____

ZB-Nr.: _____

Wurfstag.: _____ (Mindestalter für die Untersuchung ist 12 Monate)

Chip-Nr.: _____

Geschlecht: _____

Angaben zum Eigentümer/in:

Eigentümer/in: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum der Röntgenaufnahme: _____

Unterschrift des Eigentümers/Besitzers als Einverständniserklärung: _____

Die Röntgenaufnahme wird mit Einsendung Eigentum des LRWD e.V.. Der Eigentümer/ Besitzer des Hundes bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes und beauftragt den LRWD e.V. mit der kostenpflichtigen Begutachtung

Bestätigung des Röntgenarztes

Die Ahnentafel wurde vor Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt Ja Nein

Die Chip-Nr. des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Chip-Nr. identisch Ja Nein

Der Hund wurde mit der Chip-Nr. _____ (Halsseite) gechipt links rechts

Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskelerschlaffung sediert Ja Nein

Bemerkungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: _____

Diesen Bogen bitte mit der Original Ahnentafel an die Geschäftsstelle des LRWD e.V., Kurhessenstr. 62, 34626 Neukirchen, schicken