



# HD-Röntgenuntersuchung Lagotto Romagnolo Wasserhunde Deutschland e.V.



ID Nr.:

## Angaben zum Lagotto Romagnolo:

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 <a href="http://www.myvetsxl.com">www.myvetsxl.com</a> 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"/>	
<b>-keine Datenträger z.B. CDs einschicken-</b>				
<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 Einsetzung 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  
LRWD e.V. Meike Kruse, Im Ebental 5, 97348 Willanzheim schicken**