

Beurteilung auf Hüftgelenksdysplasie

nach GRSK/FCI

Dr. Silke Viefhues

Bunsenstr. 20
59229 Ahlen

Rasse: Weißer Schweizer Schäferhund Name: Samuel Diego des Chemins du Poitou

ZB-Nr.: LOF 1 B.BL.S. 38049/0 Chip-Nr.: 250269608857781 WT.: 25.03.2021 Rüde Hündin

Besitzer (Name, Anschrift, Geburtsdatum -zur Identifikation bei Nachfragen): _____

Monika Friedering, Talbrückenstr. 24, 33611 Bielefeld, geb. 27.09.1965

Der **Eigentümer/Besitzer** bestätigt mit seiner Unterschrift:

1. Die Identität des Hundes
2. Dass er eine kostenpflichtige Auswertung beantragt.
3. Dass er die Datenschutzhinweise der HD-Zentrale nach DSGVO erhalten und zur Kenntnis genommen hat.
4. Dass er einer unverschlüsselten Übermittlung seiner Daten per Email zustimmt.

Monika Friedering

Unterschrift Eigentümer/Besitzer

Bestätigung des **Röntgentierarztes**

1. Die Tätowierung / Chipnummer des Hundes wurde überprüft, sie ist mit den o.g. Angaben des Eigentümers / Besitzers identisch.
2. Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskelerschlaffung sediert.

DR. P. HETTLING
FTA für Kleintiere - Zahnheilkunde
FTA für Chirurgie
Gotenstrasse 84 33647 Bielefeld
☎ 05 21 / 44 12 00 - Fax 14 12 89

Stempel/Unterschrift Tierarzt

Aufnahmetechnik

gut ausreichend nicht ausreichend

Lagerung

		geringgradig		deutlich	
		rechts	links	rechts	links
symmetrisch	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen gut gestreckt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen gut eingedreht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen parallel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asymmetrisch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungenügend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungenügend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
übermäßig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht parallel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beckenpfanne

Gesamteindruck tief	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniale Pfannenkontur strichförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniolat. Pfannenrand nachfassend	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeschrägt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aufgebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oberschenkelkopf

Gesamteindruck kugelförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	Deformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

Oberschenkelhals

schlank, vom Kopf abgesetzt	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig, verkürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scharf konturiert	<input checked="" 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"/>
		Morgan-Linie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sitz des Kopfes in der Pfanne

tief	<input checked="" type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrum des Femurkopfes medial des dorsalen Pfannenrandes	<input checked="" type="checkbox"/>	auf dorsalem Pfannenrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt konzentrisch	<input checked="" type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norberg-Winkel 105° oder größer	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: **Ellenbogen:**

ED @ bds. (ED-frei), LüW typ 0 (frei)

Beurteilung:

Kein Hinweis auf HD	<input checked="" type="checkbox"/>	A	1	2
Übergangsform	<input type="checkbox"/>	B	1	2
Leichte HD	<input type="checkbox"/>	C	1	2
Mittlere HD	<input type="checkbox"/>	D	1	2
Schwere HD	<input type="checkbox"/>	E	1	2

