

Europäische Kynologische Union e.V.

Geschäftsstelle: Fam. Ernst - 85051 Ingolstadt - Kistnerstr. 2 - Tel. 08450 - 8765 - Fax 08450 - 7692



HD - Röntgenuntersuchung

das Untersuchungsergebnis muss bei der Zuchtauglichkeits-Prüfung vorgelegt werden

Untenstehende Angaben sind vom Besitzer des Hundes klar und deutlich auszufüllen - sichtbar auch auf den Durchschriften

Rasse:	Weißer Schweizer Schäferh.	Rüde	<input checked="" type="checkbox"/>	Hündin	<input type="checkbox"/>
Name des Hundes:	Cayo vom Trol				
Wurftag:	06.01.2019	Zuchtbuch-Nr.:	EKU 19-53078		
Täto-Nr.:		Chip-Nr.:	939000010988158		
Besitzer:	Gudrun Müller	Tel.:			
Wohnort:	7718-Obbrökelt	Fax:			
Straße:	Öregkegy utca 10	Mitglied bei			

Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, dass mit der Teilnahme am EKU-HD-Verfahren, die angefertigten Röntgenaufnahmen in das Eigentum der EKU übergehen.

Datum _____ Unterschrift Besitzer _____

<p>Untersuchender Tierarzt (siehe Beiblatt)</p> <p>Hiermit wird bestätigt, dass obige Angaben des Besitzers mit der Ahnentafel übereinstimmen. Mit unten stehendem Ausfertigungsdatum wurde die Röntgenuntersuchung durchgeführt.</p> <p style="text-align: center;"><i>D. Müller, 2021. 01.23.</i></p> <p>Ort - Datum _____ Unterschrift Tierarzt _____</p>	<p>Stempel des Tierarztes - klar und deutlich</p>
---	---

Beurteilung der Lagerung:			unentschieden
Gestreckte Gliedmaßen	symmetrisch <input checked="" type="checkbox"/> gut gestreckt <input checked="" type="checkbox"/> gut eingedreht <input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch <input type="checkbox"/> ungenügend <input type="checkbox"/> ungenügend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebeugte Gliedmaßen	symmetrisch <input checked="" type="checkbox"/> Becken zum Tisch parallel <input checked="" type="checkbox"/> Beine nach vorn <input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch <input type="checkbox"/> Becken zum Tisch nicht parallel <input type="checkbox"/> Beine seitwärts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der Pfanne:			
Gesamteindruck	tief <input checked="" type="checkbox"/>	flach <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorderer Pfannenrand	scharf konturiert <input checked="" type="checkbox"/>	unscharf mit Auslagerungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vordere Pfannenkontur	rund auslaufend <input checked="" type="checkbox"/>	nach vorn abgeflacht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelkopfes			
Gesamteindruck	kugelförmig <input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief <input checked="" type="checkbox"/>	pilzförmig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		eckig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		subluxiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		luxiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelhalses			
	schlank <input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt <input checked="" type="checkbox"/>	verkürzt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert <input checked="" type="checkbox"/>	unscharf <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dicht <input checked="" type="checkbox"/>	aufgelockert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Auflagerungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Gelenkspaltes			
	konzentrisch begrenzt <input checked="" type="checkbox"/>	divergierend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der Winkelung			
	Winkel 105 ° oder größer <input checked="" type="checkbox"/>	Winkel kleiner als 105 ° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befund der HD - Auswertungsstelle	
kein Hinweis für Hüftgelenksdysplasie / HD-frei / Normal	A <input checked="" type="checkbox"/>
verdächtig für Hüftgelenksdysplasie / fast normal / Übergangsform	B <input type="checkbox"/>
leichte Hüftgelenksdysplasie / noch zugelassen / leichte HD	C <input type="checkbox"/>
mittlere Hüftgelenksdysplasie / Zuchtverbot / mittlere HD	D <input type="checkbox"/>
schwere Hüftgelenksdysplasie / Zuchtverbot / schwere HD	E <input type="checkbox"/>
<i>D. Müller, 2021. 01.23.</i>	
Ort, Datum _____	Unterschrift - Tierarzt - EKU - Auswertungsstelle - Stempel _____