



# AUSTRIAN BEAGLE CLUB

www.beagleclub.at

**Geschäftsstelle des ABC**  
 Mag. Alexandra Lehner-Piesinger  
 Franz Enge-Straße 6  
 A-4400 Steyr  
 Tel./Fax: +43 (7252) 76024  
 Mobil: +43 (699) 15996047  
 E-Mail: geschaeftsstelle@beagleclub.at

## Befundbogen Röntgenuntersuchung Gutachten nach FCI Hüftgelenkdysplasie (HD) Certificate of Hip dysplasia (HD) examination

Bearbeitungsfeld  
 Zuchtreferat

Posteingang:

Mitg.-Nr.:

### Tier / Animal

Name / name: \_\_\_\_\_

ZB-Nr. / registration no.: \_\_\_\_\_

Chip-Nr. / microchip no.: \_\_\_\_\_

Wurfdatum / date of birth: \_\_\_\_\_

Rüde (m)       Hündin (f)

### Eigentümer / Besitzer / owner / Agent

Name / name: \_\_\_\_\_

Adresse / address: \_\_\_\_\_

PLZ / zip code: \_\_\_\_\_

Ort / city: \_\_\_\_\_

#### Bestätigung des Besitzers/Eigentümers:

Die Röntgenaufnahmen des obengenannten Hundes werden mit Einsendung Eigentum des Zuchtvereins. Der Eigentümer/Besitzer bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes und ist mit der Veröffentlichung der Ergebnisse einverstanden. Weiterhin versichert der Eigentümer/ Besitzer des bei dem obengenannten Hund bisher keine Operationen oder Manipulationen vorgenommen wurden, die geeignet sind, die Darstellung der Gelenke zu beeinflussen

Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer  
 Date, signature owner

### Röntgentierarzt / Veterinarian:

Es wird bescheinigt, dass die Ahnentafel vor Anfertigung der Röntgenaufnahmen vorgelegt wurde. Die Chip.-Nr. bzw. Tätowierung des Hundes wurde überprüft, sie ist mit den Angaben der vorliegenden Ahnentafel identisch. Weiterhin wird bestätigt, dass der untersuchte Hund ausreichend bis zur Muskelerlaffung sediert-anästhesiert wurde. Es wurden keine unerlaubten Techniken angewendet. Der Röntgentierarzt verzichtet zugunsten des Zuchtvereins auf Urheberrechtsansprüche an den Röntgenaufnahmen.

Datum, Stempel, Unterschrift Röntgentierarzt  
 Date, signature veterinarian

### Befund / Result of evaluation:

Frei / without HD		Fast normal/ borderline		Leichte HD/ mild HD		Mittlere HD/ moderate HD		Schwere HD/ severe HD	
A1	A2	B1	B2	C1	C2	D1	D2	E1	E2

Bemerkung, weitere Befunde:  
 Other diagnosis, remarks:

Röntgenqualität: \_\_\_\_\_

Reg. Nr.:

Der vollständig ausgefüllte Bogen ist mit den dazugehörigen Röntgenbildern **ohne Ahnentafel** zu senden an:

HD/ED-Zentrale-Oerzen  
 Dr. Alexander Koch  
 Tierklinik Oerzen  
 Am Alten Werk 6  
 21406 Melbeck  
 DEUTSCHLAND

Tel.: +49 (4134) 354  
 Fax: +49 (4134) 910 525

E-Mail: kontakt@tierklinik-oerzen.de

Datum, Unterschrift d. Gutachters  
 Date, signature examiner