



DEUTSCHER DOGGEN-CLUB 1888 e.V. (DDC)



Rechtsitz Frankfurt/Main



Zuchtbuchamt: H. Fischbach · Am Rödergraben 2 · 64342 Seeheim-Jugenheim · Tel.: 0 62 57-86 82 45 · Fax: 0 62 57-86 82 46

Name des Hundes: Colin von Gut Neuburg Farbe: Weiß-schwarz gezeichnet Geschl: Rüde

Zuchtbuch-Nr.: 127759 Tato.-Nr.: _____ WT: 13.05.2014

Name des Besitzers: Alexander Voigt Tel.: 0172-9250803

Anschrift: Charlottenstraße 33

Wurde nach den Richtlinien des DDC 1888 e.V. geröntgt. Datum der Röntgenaufnahme: 12.02.16 Nr.: _____

Freilassen für Zuchtbuchamt

Bestätigung des Röntgentierarztes

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, daß

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- die Identität nach Geschlecht, Farbe und Tätokennzeichen überprüft und mit der Ahnentafel verglichen wurde
- die Tätowierung, weil nicht erkennbar, vor dem Röntgen wiederholt wurde.
- der untersuchte Hund vor den Röntgen ausreichen sediert wurde.
- die Aufnahme ohne Verwendung von Hilfsmitteln jeder Art hergestellt wurde
- die Ahnentafel vor der Röntgenaufnahme vorgelegt wurde und die HD-Untersuchung darauf eingetragen ist

Die Röntgenaufnahme wird mit Ein-sendung Eigentum des DDC 1888 e.V. Der Besitzer/Eigentümer erklärt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis und bestätigt die Identität des geröntgten Tieres.

Datum 12.02.16

Stempel der Praxis

Unterschrift des Röntgentierarztes

Unterschrift des Besitzers/Eigentümers

Die Auswertung der Röntgenaufnahme erfolgt durch die zentrale Gutachterstelle des DDC 1888 e.V.

Technische Qualität der Aufnahme:		gut <input type="checkbox"/>	ausreichend <input checked="" type="checkbox"/>	nicht ausreichend <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>
Lagerung: Gestreckte Gliedmaßen	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>
	gut gestreckt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>
	gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>
	parallel zueinander	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	übermäßig	<input type="checkbox"/>
	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>
Gebeugte Gliedmaßen	Becken parallel zum Tisch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nichtparallel	<input type="checkbox"/>
	Beinenach vorn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Beine seitwärts	<input type="checkbox"/>
	Trochanter sichtbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	verdeckt	<input type="checkbox"/>
Beckenpfanne	Gesamteindruck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>
	Kraniale Pfannenkontur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>
	Kraniolater Pfannenrad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf	Gesamteindruck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	zuklein	<input type="checkbox"/>
	Gebeugte Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kragenbildung	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Deformation	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lippenbildung	<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelhals:	schlank	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Linie nachMorgan	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt:	Gestreckte Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>
	Gebeugte Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>
Zentrum des Femurkopfes	medial des dorsalen Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Messung nach Norberg:	Winkel 105° oder größer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>

Befund der Gutachterstelle

- Kein Hinweis für HD HD-Grenzfall leichte HD
- mittlere HD schwere HD

Bemerkungen

Datum 18.02.2016 Gutachterunterschrift



Ellbogen: bds. E D O

Formularsatz mit Röntgenbild einsenden