

# Deutscher Doggen Club 1888 e.V.



## KARDIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Name des Hundes: \_\_\_\_\_

ZB-Nr.: \_\_\_\_\_ Chip-Nummer: \_\_\_\_\_ Wurfdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: Rüde  Hündin  Erstuntersuchung: ja  nein 

Eigentümer: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Verarbeitung, Weitergabe und Publikation der Daten für DDC Zwecke einverstanden.

Datum

Unterschrift des Besitzers

Bestätigung des Tierarztes: Die Chip-Nummer wurde überprüft. Sie ist mit der in der Ahnentafel identisch: **Mitlaufendes EKG:**Normaler Sinusrhythmus  Sinustachykardie  Sinusbradykardie  Sinusarrhythmie **Echokardiographie / Doppler**

<b>Aorta Fliessgeschwindigkeit</b>	subcostal <input type="checkbox"/>	parasternal <input type="checkbox"/>	_____ m/sec	FS _____%
Insuffizienz	keine <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>
<b>A.pulmonalis Fliessgeschwindigkeit</b>	_____ m/sec			
Insuffizienz	keine <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>
<b>Mitralis: Insuffizienz</b>	keine <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>
<b>Trikuspidalis: Insuffizienz</b>	keine <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>

**Ergebnisse:**

<b>Aortenstenose:</b>	keine <input type="checkbox"/>	Übergang <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>
<b>Pulmonalstenose:</b>	keine <input type="checkbox"/>	Übergang <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>

**Dilatative Kardiomyopathie:**

<b>0</b> kein Hinweis <input type="checkbox"/>	<b>1</b> vorläufig frei <input type="checkbox"/>	<b>2</b> okkult/verborgen <input type="checkbox"/>	<b>3</b> manifest/klinisch <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	-------------------------------------

<b>Klappenerkrankungen:</b>	keine <input type="checkbox"/>	Übergangsform <input type="checkbox"/>	geringgradig <input type="checkbox"/>	mittelgradig <input type="checkbox"/>	hochgradig <input type="checkbox"/>
VSD <input type="checkbox"/>	ASD <input type="checkbox"/>	MD <input type="checkbox"/>	TD <input type="checkbox"/>	PDA <input type="checkbox"/>	FT <input type="checkbox"/>

**Beurteilung:****Kardiovaskuläre Veränderungen**

<b>0</b> keine oder minimale <input type="checkbox"/>	<b>1</b> geringgradige <input type="checkbox"/>	<b>2</b> mittelgradige <input type="checkbox"/>	<b>3</b> hochgradige <input type="checkbox"/>
---	---	---	---

**Nachuntersuchung in:** 6 Monaten  12 Monaten  18 Monaten  24 Monaten 

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Stempel/Arzt/Klinik)