

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**

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

Ergebnisse:

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

Dilatative Kardiomyopathie:

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

Klappenerkrankungen:	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**

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

Nachuntersuchung in: 6 Monaten 12 Monaten 18 Monaten 24 Monaten

Bemerkung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____
(Stempel/Arzt/Klinik)