

Initiative

FAIR e.V

gesund.typvoll.gemeinsam



Befundbogen ED/OCD-Untersuchung

Zuchtnamen: _____

Rufname: _____ Farbe: _____

Rasse: _____

Geboren am: _____ Geschlecht: ☐ Hündin ☐ Rüde

Chipnummer: _____ Zuchtbuchnummer: _____

Beurteilung Ellbogendysplasie (ED):

Rechts	Grad 0 ☐	Grad 1 ☐	Grad 2 ☐	Grad 3 ☐
Links	Grad 0 ☐	Grad 1 ☐	Grad 2 ☐	Grad 3 ☐

Beurteilung Schulter (OCD):

Rechts	frei ☐	betroffen ☐
Links	frei ☐	betroffen ☐

Bemerkungen: _____

BESTÄTIGUNG RÖNTGENTIERARZT

Ich bestätige die Durchführung der Röntgenuntersuchung, die eindeutige Identifikation des Hundes mittels Chipnummer, sowie eine ausreichende Sedation bis zur Muskelausschlaffung.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____

Gutachter/Auswerter

Stempel, Unterschrift:

Unterschrift, Halter/Besitzer: