

# HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.

Name des Hundes:		Geschlecht:	Wurfdatum:
		<input type="checkbox"/> Rüde <input type="checkbox"/> Hündin	
ZuchtbuchNr.	TätoNr.	ChipNr.	
<input type="checkbox"/> Brsch <input type="checkbox"/> Braun <input type="checkbox"/> Schwsch <input type="checkbox"/> Braun m. Abz.		<b>Hinweis für den Eigentümer:</b> Die Auswertung der Aufnahme erfolgt erst nach Überweisung der Auswertungsgebühr in Höhe von 30,00 € auf das u. g. Konto. In diesem Betrag sind enthalten: Nettogebühr 25,86 € zzgl. 16 % MWSt 4,14 €. <b>(bitte kein Bargeld o. Scheck beifügen).</b> Als Verwendungszweck bitte Namen und Zuchtbuch Nr. des Hundes angeben. <b>HD-Auswertungsstelle VDD e.V.</b> <b>VR-Bank Coburg eG</b> <b>IBAN: DE87 7836 0000 0202 8283 59</b> <b>SWIFT-BIC: GENODEF1COS</b> Der Eigentümer/die Eigentümerin des Hundes, sowie der die Röntgenaufnahme fertigende Tierarzt übertragen das Eigentum an der Röntgenaufnahme unwiderruflich auf den VDD e.V., was durch die nachfolgenden Unterschriften bestätigt wird.	
<b>Name und Anschrift des Eigentümers</b> (Adressfeld zur Rücksendung der Beurteilung bitte gut lesbar ausfüllen)		_____ Unterschrift des Eigentümers	
Name			
Straße			
PLZ / Ort			
EMail			

## Tierärztliche Bescheinigung des Röntgentierarztes:

Ich bestätige hiermit, dass ich den o.g. Hund geröntgt habe. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, Deutsch-Drahthaar (DD), der ZuchtbuchNr./TätoNr./ChipNr., Wurfdatum, Datum der Röntgenaufnahme und meinem Praxisstempel gekennzeichnet. Der Hund wurde ausreichend sediert.

Datum \_\_\_\_\_ Praxisstempel/Anschrift & TelefonNr.. \_\_\_\_\_ Unterschrift des Tierarztes \_\_\_\_\_

Dieses Formular ist an der Röntgenaufnahme (keine CD's – werden nicht ausgewertet) des Hundes zu befestigen (Schnellhefter, Klebeband oder dergleichen) **keine OriginalAT mitgeben** und die Röntgenaufnahme ist ohne Vorbeurteilung zu schicken an:

**HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.**

**Dr. Peter Schunk**

**Obere Rangenäcker 20, 96476 Bad Rodach / Heldritt**

**Tel. 09564 92370 Fax 09564 923737 E-Mail: [info@kleintierpraxis-bad-rodach.de](mailto:info@kleintierpraxis-bad-rodach.de)**

Tierärzte, die über digitales Röntgen verfügen, bitte die Bilder über das Internetportal [www.myvetsxl.com](http://www.myvetsxl.com) einschicken.

## HD Auswertung durch den Gutachter des VDD e.V. (nach FCI / GRSK e.V.)

<b>Lagerungs- und Qualitätsmängel :</b>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen	ungenügend gestreckt	<input type="checkbox"/>	ungenügend umgedreht	<input type="checkbox"/>
	übermäßig eingedreht	<input type="checkbox"/>	ungenügend parallel zueinander	<input type="checkbox"/>
Beckenpfanne :				geringgradig
Gesamteindruck	tief	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>
kraniale Pfannenkontur	strichförmig	<input type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>
kranialer Pfannenrand	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>
			mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf :				
Gesamteindruck	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	zu klein	<input type="checkbox"/>
			Kragenbildung	<input type="checkbox"/>
			Deformation	<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief	<input type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelhals	schlank	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>		
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>
			Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt :			Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>
Gestreckte Gliedmaßen	konzentrisch	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>
Zentrum des Femurkopfes	medial d. dorsalen Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>
Messung nach Norberg	Winkel größer als 105°	<input type="checkbox"/>	kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>

## Beurteilung und Befund

Aw.Nr.

HD - A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HD-frei (HD frei Stempel)	<input type="checkbox"/>	Bemerkungen :
HD - B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HD fast normal (HD frei Stempel)	<input type="checkbox"/>	
HD - C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HD I – leichte HD	<input type="checkbox"/>	
HD - D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HD II – mittlere HD	<input type="checkbox"/>	
HD - E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HD III – schwere HD	<input type="checkbox"/>	

Datum

Unterschrift HD Gutachter

Praxisstempel

Stand 04/2018