



Beurteilung bitte an das Zuchtbuchamt des DRV e.V. senden !

Befundbogen zur HD (Hüftgelenkdsdysplasie) – Röntgenuntersuchung

HD-Auswertungen nur durch die zentrale Auswertungsstelle!

Name d. Hundes: _____

Rasse: _____ Geschlecht: Rüde Hündin

Wurfstag: _____ ZB-Nr.: _____

Chip-Nr. : _____ Farbe: _____

Besitzer: _____ Tel./Fax: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Datum d. Röntgenaufnahme: _____ Tierarzt: _____

Qualität der Röntgenaufnahme:

Table with 4 columns for quality assessment: gut, ausreichend, nicht ausreichend, Beurteilung abgelehnt wegen; and 4 columns for technical quality: Unschärfe, Kontrastmangel, Kennzeichnungsfehler, mangelhafter technischer Qualität.

Beurteilung der Lagerung der Gliedmaßen:

Two tables comparing limb alignment: symmetrisch vs asymmetrisch, gestreckt vs ungenügend gestreckt, eingedreht vs ungenügend eingedreht, parallel vs ungenügend parallel.

Beurteilung der Beckenpfanne

Two tables for pelvic girdle assessment: Gesamteindruck (tief vs flach), Kraniale Pfannenkontur (strichförmig vs subchondr. Sklerose), and Kraniolater. Pfannenrand (rund vs abgeflacht).

Beurteilung des Oberschenkelkopfes:

Two tables for femoral head assessment: kugelförmig vs zu klein, and Kragenbildung vs Lippenbildung.

Sitz des Kopfes in der Pfanne:

Two tables for femoral head position: Oberschenkelhals (schlank vs walzenförmig), Gelenkspalt (konzentrisch vs divergierend), and Winkelmessung nach Norberg (105° vs kleiner).

HD - Beurteilung:

Summary table for HD classification: HD-frei, HD-A 1, HD-A 2, Übergangsform, HD-B 1, HD-B 2, leichte HD, HD-C 1, HD-C 2, mittelgradige/schwere HD, HD-D, HD-E.

Hiermit bestätigt der Unterzeichner, dass er selbst die Tätö-/ Chip- u. Zuchtbuchnummer mit der Ahnentafel verglichen hat. Der Hund ist fachgerecht anästhesiert worden. Die Röntgenaufnahme ist mit dem Namen des Besitzers, der Rasse, dem Namen d. Hundes laut Ahnentafel, der Chip-/Tätönummer, dem Aufnahme datum u. der Rechts-/Links-Markierung eindeutig gekennzeichnet.

Datum _____ Unterschrift d. Röntgentierarztes _____

Ort, Datum _____ Stempel u. Unterschrift des Gutachters _____