

### **Angaben zum Hund und zum Eigentümer:**

| Rasse                                                        | Ardennenbracke |  |
|--------------------------------------------------------------|----------------|--|
| Name des Hundes                                              |                |  |
| Chipnummer                                                   |                |  |
| Wurfdatum                                                    |                |  |
| Eigentümer                                                   |                |  |
| Anschrift                                                    |                |  |
| Telefon und E-Mail-Adresse                                   |                |  |
| Datum der Röntgenaufnahme                                    |                |  |
| Einverständniserklärung des Eigentümers des Hundes mit Datum |                |  |

### **Bestätigung des Röntgen-Tierarztes**

|                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Die Ahnentafel wurde vor der Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt; Die HD-Untersuchung wird in dieser vermerkt.                      |  |
| Die Chip-Identität des Hundes wurde vor der Röntgen-Aufnahme überprüft und wird bestätigt.                                                |  |
| Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur vollständigen Muskelerlaffung sediert. Aufnahme erfolgte in gestreckter und gebeugter Form |  |
| Zahnstatus: Gebiss vollständig? Ggf. Röntgennachweis für Zahnanlage im Kiefer.                                                            |  |
| Datum/Unterschrift und Stempel:                                                                                                           |  |

### **BEFUND der HD – Beurteilungsstelle** (nicht des Röntgentierarztes)

| HD-Grad  | Untereinteilung |          | Ergebnis             | Bitte ankreuzen | Bemerkungen |
|----------|-----------------|----------|----------------------|-----------------|-------------|
| <b>A</b> | <b>1</b>        | <b>2</b> | <b>HD-FREI</b>       |                 |             |
| <b>B</b> | <b>1</b>        | <b>2</b> | <b>Übergangsform</b> |                 |             |
| <b>C</b> | <b>1</b>        | <b>2</b> | <b>Leichte HD</b>    |                 |             |
| <b>D</b> | <b>1</b>        | <b>2</b> | <b>Mittlere HD</b>   |                 |             |
| <b>E</b> | <b>1</b>        | <b>2</b> | <b>Schwere HD</b>    |                 |             |

**BEFUND der ED – Beurteilungsstelle** (nicht des Röntgentierarztes)

| Grunderkrankung                | RECHTS |      | LINKS |      |
|--------------------------------|--------|------|-------|------|
|                                | Ja     | Nein | Ja    | Nein |
| Hinweis auf Coronoiderkrankung |        |      |       |      |
| FCP                            |        |      |       |      |
| OCD                            |        |      |       |      |
| IPA                            |        |      |       |      |

| Arthrosegrad |        | 0     | minimal | 1      | 2      | 3 |
|--------------|--------|-------|---------|--------|--------|---|
|              | RECHTS |       |         |        |        |   |
|              | LINKS  |       |         |        |        |   |
| Stufe        |        | Keine | < 2 mm  | 2-5 mm | > 5 mm |   |
|              | RECHTS |       |         |        |        |   |
|              | LINKS  |       |         |        |        |   |

**Spondylolyse: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_**

→ **Einstufung der ED:** ↓

|               |               |  |
|---------------|---------------|--|
| <b>ED 0</b>   | Frei          |  |
| <b>ED</b>     | Übergangsform |  |
| <b>ED I</b>   | Leichte ED    |  |
| <b>ED II</b>  | Mittlere ED   |  |
| <b>ED III</b> | Schwere ED    |  |

| Subchondrale Sklerosierung |        |       |
|----------------------------|--------|-------|
|                            | RECHTS | LINKS |
| Normale Dichte             |        |       |
| Erhöhte Dichte             |        |       |
| Stark erhöhte Dichte       |        |       |

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Gutachter:** \_\_\_\_\_

Dieses Formular bitte per Post an den Gutachter für den Verein Ardennenbracke e.V.:

Herr Dr. med.vet. Frank Patzig  
Aurachstrasse 27  
D-83727 Schliersee

**Hinweis: Nicht auswertbare Röntgenaufnahmen müssen erneut angefertigt werden**