

Mit Einsendung wird die Röntgenaufnahme Eigentum des LCD. Der Eigentümer des Hundes erklärt sich mit der Veröffentlichung und statistischen Auswertung des HD-Befundes einverstanden.



Im Vorstand für das Deutsche Hundewesen e.V. der Fédération Cynologique Internationale angeschlossenes Mitglied im XGHV



LABRADOR CLUB DEUTSCHLAND e.V.

Röntgenuntersuchung auf Hüftgelenksdysplasie (HD)

Name des Hundes Yarthkin's Heavens Hope

Zb.-Nr. 06 N 1560 gew. am 6.11.06 Rüde Hündin

Vater Barney aus Lüthsbusch

Mutter Yarthkin's Emy-Lou Sommerwind

Eigentümer Beate Selinger

Elektra Weg 5

79576 Weil am Rhein

Chip-Nr.: 276 096 900 244 943

LCD-CODE-Nr.: **03609**

Der Eigentümer des o.g. Hundes bestätigt mit seiner Unterschrift, dass der Hund bis zum Zeitpunkt des Röntgens am Hüftgelenk

- operiert wurde
- nicht operiert wurde

Unterschrift des Eigentümers

Bestätigung des Tierarztes:

- Die Ahnentafel wurde vor der Röntgenaufnahme vorgelegt. Die HD-Untersuchung ist in dieser vermerkt.
- Die Chip-Nr. des Hundes wurde anhand der Ahnentafel überprüft.
- Der untersuchte Hund wurde mit _____ sediert.

10.09.08
Datum der Röntgenaufnahme

Unterschrift und Stempel des Tierarztes

Die offizielle Röntgenuntersuchung der Hüftgelenke darf frühestens nach Vollendung des 12. Lebensmonats durchgeführt werden

Die Röntgenaufnahmen sind zusammen mit dem Formular an folgende Adresse zu senden:

LCD-Geschäftsstelle, Markenweg 2, 48653 Coesfeld

Die Auswertung der Röntgenaufnahmen erfolgt durch den Gutachter Dr. B. Tellhelm an der Justus-Liebig-Universität Gießen

Rüde Hündin gew. am: 6.11.06 Chip-Nr. 276 096 900 244 943

geringgradig

		re	li			re	li	re	li
Beurteilung der Lagerung:	gestreckte Gliedmaßen	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		gut gestreckt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	gebeugte Gliedmaßen	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Becken parallel zum Tisch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nicht parallel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Trochanter sichtbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Trochanter verdeckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der Pfanne:	Gesamteindruck	tief	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vorderer Pfannenrand:	strichförmig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vordere Pfannenkontur	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nach vorn abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelkopfes:	Gesamteindruck	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Deformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kragenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lippenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelhalses:	Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		schlank	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Gelenkspaltes:	Zentrum des Femurkopfes:	medial des dorsalen Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstiges:									

Messung nach Norberg: Winkel 105° oder größer: re li kleiner als 105° re li kleiner als 100° re li kleiner als 90° re li

Befund der HD-Beurteilungsstelle

Einstufung	A	B	C	D	E
rechts	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	1 2
links	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	1 2

Beurteilung abgelehnt wegen:

- mangelhafter Lagerung
- mangelhafter technischer Qualität

22. SEP. 2008
Datum

LCD-CODE-Nr.: **03609**



Dr. B. Tellhelm