

Deutscher Club für Nordische Hunde e. V.

HD - Auswertungsformular

Rasse: Islandhund Hündin Rüde
 Name des Hundes: Gerpu PATTI PUTTI gew. am: 26.07.2020
 Zuchtbuch-Nr.: IS 28831/20 Chip/Täto-Nr.: 352206000143166
 Zuchtberechtigter: vom Tierarzt einzutragen
 Rechnung an: Tina Kany, Lengelhof 1, 35110 Frankenau

Der Zuchtberechtigte bestätigt mit dieser Unterschrift die Identität des geröntgen Hundes

23.09.2022
Datum

Kany
Unterschrift

Bestätigung des Tierarztes

Das Verfahren entspricht den Richtlinien, die von der Hüftgelenksdysplasie-Kommission der F.C.I. angegeben werden
 Der Tierarzt bestätigt mit seinem Stempel und seiner Unterschrift die HD Untersuchung auf der Ahnentafel vermerkt,
 Täto und/oder Chipnummer überprüft und den Hund sediert zu haben.

Dr. Ulrich Graw
 prakt. Tierarzt
 35084 Wittenberg
 Stempel und Unterschrift

23.09.2022
Datum der Röntgenaufnahme

Beurteilung - Röntgenaufnahme (n)

Technische Qualität	gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nicht ausreichend	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input checked="" type="checkbox"/>
Lagerung:					geringfügig
Gestreckte Gliedmaßen	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	gut gestreckt	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			übermäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	parallel zueinander	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beckenpfanne:		Re	Li	Re	Li
Gesamteindruck	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniale Pfannenkontur	strichförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniolater. Pfannenrand	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf:					
Gesamteindruck	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Kragenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Deformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lippenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitz d. Kopfes in d. Pfanne	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelhals:	schlank	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt:					
Gestreckte Gliedmaßen	konzentrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrum des Femurkopfes	medial des dorsalen Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> auf dors. Pfannenrand
Messung nach Norberg	Winkel 105° größer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung - Röntgenaufnahme (n)

Kein Hinweis	<input type="checkbox"/>	Übergangsform	<input type="checkbox"/>	leichte HD	<input type="checkbox"/>	mittlere HD	<input type="checkbox"/>	Schwere HD	<input type="checkbox"/>
A1	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B1	<input type="checkbox"/>	B2	<input type="checkbox"/>	C1	<input type="checkbox"/>
								C2	<input type="checkbox"/>
								D1	<input type="checkbox"/>
								D2	<input type="checkbox"/>
								E1	<input type="checkbox"/>
								E2	<input type="checkbox"/>

B

10.10.22
Datum

DRSK e.V.
 Gutachter:
 Dr. Heinrich Camp
 Stempel/Unterschrift des Auswerters

Die Röntgenaufnahme, versehen mit Name, Chip-Nr. und Zuchtbuch-Nr. des Hundes, ist vom Tierarzt direkt zu versenden an:

DCNH-HD-Zentrale, Dr. Heinrich Camp, Landwehr 8, 47533 Kleve