

Deutscher Club für Leonberger Hunde e.V.



Mit Einsendung werden die Röntgenaufnahmen Eigentum des DCLH e.V. der Hundebesitzer erklärt sich mit der Veröffentlichung und statistischen Auswertung der ED- und HD-Befunde einverstanden.

Röntgenuntersuchung auf Hüftgelenks- (HD) und Ellbogendysplasie (ED)

Nur vom Gutachter auszufüllen!

| Beurteilung der Lagerung: | Becken Gliedmaßen | symmetrisch gut gestreckt gut eingedreht parallel | re. li. | | asymmetrisch ungenügend ungenügend nicht parallel übermäßig eingedreht | geringgradig re. li. | | re. li. | |
|--|--------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beurteilung der Pfanne: | Gesamteindruck: | tief | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | flach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | vorderer Pfannenkontur: | strichförmig | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | subchondrale Sklerose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Kraniolateraler Pfannenrand: | rund auslaufend | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | horizontal nach vorn abgeflacht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beurteilung des Oberschenkelkopfes: | Gesamteindruck: | kugelförmig | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | abgeflacht Deformation Kragenbildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sitz des Kopfes in der Pfanne: | tief | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | lose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beurteilung des Überganges Oberschenkelkopf/-hals: | | schlank | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | schlecht abgesetzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | vom Kopf abgesetzt scharf konturiert | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | unscharf Auflagerungen Linie nach Morgan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beurteilung des Gelenkspaltes: | | kongruent | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | divergierend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Femurkopfzentrum: | | medial | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | auf lateral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Winkelmessung nach Norberg: | | 105° oder größer | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | < als 105° < als 100° < als 90° | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| HD-BEFUND | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 | D1 | D2 | E1 | E2 |
|-----------|-------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| RECHTS | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| LINKS | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Qualität Lagerung: <input checked="" type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt | Technische Qualität: <input checked="" type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt |
|---|---|

| Arthrosegrad | KEINE | GERING | < 2 MM | 2-5 MM | > 5 MM |
|--------------|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| re | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| li | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

Verdacht auf: IPA FCP OCD
 Coronoiderkrankung

| ED-BEFUND | FREI | GRENZFALL | GRAD I | GRAD II | GRAD III |
|-----------|-------------------------------------|-----------|--------|---------|----------|
| RECHTS | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| LINKS | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

| | |
|---|---|
| Qualität Lagerung: <input checked="" type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt | Technische Qualität: <input checked="" type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt |
|---|---|

16.10.23
(Datum)

Gutachter nach FCI
Nr. 88
Dr. Silke Viefhues
(Unterschrift / Stempel des Gutachters)

Vom Tierarzt auszufüllen!

Rasse: Leonberger Wurfart: 05.03.2022
Chip-/Täto-Nr.: 276098108593784 Geschlecht: Rüde ZB-Nr.: VDH/DLZB 30444

Name des Hundes: Chuck von der Quellenstadt

Stempel des Tierarztes
Dr. Walter Hebenstreit
Medizinisches Zentrum für Kleintiere
Unterschrift des Tierarztes

Bestätigung des Röntgentierarztes:
 Die Identität des Hundes wurde anhand der Ahnentafel überprüft.
 Die Untersuchung wurde in der Ahnentafel vermerkt.
 Die Daten des Hundes auf diesem Formular entsprechen denen in der Ahnentafel.
 Mit der Veröffentlichung aller Daten und Ergebnisse bin ich einverstanden.
 Die Hinweise auf dem beigefügten Informationsblatt für den Röntgentierarzt habe ich zur Kenntnis genommen.
 Der untersuchte Hund wurde mit keine Drogen sediert.

Mit der Unterschrift bestätigt der Tierbesitzer die Identität des Hundes und erklärt sich mit einer kostenpflichtigen Auswertung einverstanden.
Nicole Malloch
(Name des Eigentümers)
Schloßbergstr. 10
(Strasse)
86850 Fischach
(PLZ, Wohnort)

Datum der Röntgenaufnahmen: 20.02.23
Die mit Rasse, Wurfart, Zuchtbuchnummer, Chipnummer, Datum der Röntgenaufnahme und Seitenmarkierungen gekennzeichneten Röntgenaufnahmen sind vom Tierarzt zusammen mit dem ausgefüllten Formular (die Ahnentafel des Hundes ist nicht mit einzusenden!) ohne jede Vorbeurteilung zu senden an:

Dr. Silke Viefhues,
Bunsenstr. 20 59229 Ahlen
Telefon: 02382-76670-24
Fax: 02382-82068

Anschreibenfeld bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!