

# 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!

			re.		li.		geringgradig		re.		li.	
Beurteilung der Lagerung:	Becken	symmetrisch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gliedmaßen	gut gestreckt gut eingedreht parallel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend ungenügend nicht parallel übermäßig eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Überganges Oberschenkelkopf/-hals:		schlenk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	schlecht abgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femurkopffzentrum:		medial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	auf lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>									

<b>Qualität Lagerung:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	<b>Technische Qualität:</b> <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
	<input checked="" type="checkbox"/>				

Verdacht auf:  IPA  FCP  OCD  
 Coronoiderkrankung

ED-BEFUND	FREI	GRENZFALL	GRAD I	GRAD II	GRAD III
RECHTS					
LINKS					

<b>Qualität Lagerung:</b> <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	<b>Technische Qualität:</b> <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt
--	--

8.12.2020  
(Datum)

(Unterschrift / Stempel des Gutachters)

### Vom Tierarzt auszufüllen!

Rasse: Leonberger Wurfstag: 05.10.2017  
 Chip-/Tato-Nr.: 236095610185368 Geschlecht: weiblich ZB-Nr.: V0H/DLZB 282

Name des Hundes: Pora-Nora lady of Pelgrims Ring

Stempel des Tierarztes: AniCura Ahlen GmbH Tierärztliche Klinik für Kleintiere Bunsenstr. 20   59229 Ahlen Tel.: 0 23 82 76 67 00   Fax: 0 23 82 76 67 01 00 Mail: ahlen@anicura.de   www.tierklinik-ahlen.de	
Unterschrift des Tierarztes: <u>[Signature]</u>	

**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.

Mit der Unterschrift bestätigt der Tierbesitzer die Identität des Hundes und erklärt sich mit einer kostenpflichtigen Auswertung einverstanden.

(Name des Eigentümers): Frau Wanda Ouel  
 (Strasse): Auf den Stücken 1  
 (PLZ, Wohnort): 54578 Nohn

Der untersuchte Hund wurde mit \_\_\_\_\_ (Präparat/Menge) sediert.

Datum der Röntgenaufnahmen: 08.12.2020

Die mit Rasse, Wurfstag, 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:

Anschreibenfeld bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!

**Dr. Silke Viefhues,**  
 Bunsenstr. 20 59229 Ahlen  
 Telefon: 02382-76670-24  
 Fax: 02382-82068  
 E-Mail: HD-Zentrale@web.de