



Alaskan Malamute Club e.V.

Röntgenuntersuchung auf HD

Befundbogen bitte einsenden an: Dr. Heinrich Camp, Landwehr 8, 47533 Kleve, E-Mail: camp-kleve@t-online.de

Name des Hundes *: _____
 Rasse*: Alaskan Malamute _____
 Zuchtbuchnummer*: _____ Geschlecht: _____
 Chipnummer*: _____ Wurfstag: _____
 Besitzer: _____
 Anschrift: _____

Die mit * gekennzeichneten Angaben müssen unabänderlich auf dem Röntgenbild angebracht sein.
Die Chipnummer wurde anhand der Ahnentafel überprüft. Der zu röntgende Hund muss ausreichend sediert sein.

Datum der Röntgenaufnahme: _____

		R	L		R	L
Beurteilung der Lagerung: gestreckte Gliedmassen:	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut gestreckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend übermäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beckenpfanne: Gesamteindruck: Kraniale Pfannenkontur: Kranialer Pfannenrand:	parallel zueinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungenügend asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	subch. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf: Gesamteindruck:	strichförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne: Oberschenkelhals:	kragenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	schlank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt: Zentrum des Femurkopfes	vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	konzentrisch begrenzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung nach Norberg:	med. d. Dors. Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Winkel 105° o grösser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tierarzt Röntgenaufnahme

Ort Datum

Stempel Unterschrift

Beurteilung HD Gutachter

HD A1	<input type="checkbox"/>	A2	<input type="checkbox"/>
HD B1	<input type="checkbox"/>	B2	<input type="checkbox"/>
HD C1	<input type="checkbox"/>	C2	<input type="checkbox"/>
HD D1	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>
HD E1	<input type="checkbox"/>	E2	<input type="checkbox"/>

Ort Datum

Stempel Unterschrift