



Allgemeiner Rassehunde Club

ARCD e.V.
Postfach 1218
66911 Waldmohr

Untersuchung auf genetisch bedingte Gelenkerkrankungen bei Hunden
Hüftgelenksdysplasie (HD)

Die Auswertung des Hundes:

Name des Hundes: _____

Rasse: _____

Geschlecht: Rüde Hündin

Wurftag: _____

ZB Nr.: _____

Chip-Nr.: _____

Besitzer: _____

Straße: _____

PLZ/Ort _____

Mit der Unterschrift bestätigt der Eigentümer des Hundes, dass der oben beschriebene Hund, das zur Untersuchung vorgestellte Tier ist. Er versichert das keine Korrekturoperationen vorgenommen wurde.

Ort:/Datum _____

Unterschrift: _____

Hat folgende(n) Befund ergeben:

HD	rechts/links
<input type="checkbox"/> A HD-frei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B Übergangsform	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> C geringgradige HD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> D mittelgradige HD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> E hochgradige HD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sonstige Bemerkungen: _____

Der unterzeichnete Tierarzt versichert ,dass er die Identität des Hunde mittels Abstammungsnachweis/
Kontrolle des Mikrochip überprüft hat.

Ort , Datum

Stempel und Unterschrift des Tierarztes
