

# HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.

Name des Hundes: <i>Falco II v.d. Dachwiese</i>		Geschlecht: <input checked="" type="checkbox"/> Rüde <input type="checkbox"/> Hündin	
ZuchtbuchNr. <i>216826</i>	TätNr. <i>216826</i>	ChipNr. <i>276098104241924 Den</i>	
Farbe: <input checked="" type="checkbox"/> Brsch <input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> Schwsch		Wurfdatum::	
Name und Anschrift des Eigentümers (Adressfeld zur Rücksendung der Beurteilung bitte gut lesbar ausfüllen)		<b>Hinweis für den Eigentümer:</b> Die Auswertung der Aufnahme erfolgt erst nach Überweisung der Auswertungsgebühr in Höhe von 23,80 € auf das u. g. Konto. (bitte kein Bargeld o. Scheck beifügen). Als Verwendungszweck bitte Namen und Zuchtbuch Nr. des Hundes angeben. <b>HD-Auswertungsstelle VDD e.V.</b> Sparkasse Fürth · Kto.Nr. 237 552 · BLZ 762 500 00 IBAN:DE24 7625 0000 0000 2375 52 SWIFT-BIC: BYLADEM1SFU Der Eigentümer/die Eigentümerin des Hundes, sowie der die Röntgenaufnahme fertigende Tierarzt übertragen das Eigentum an der Röntgenaufnahme unwiderruflich auf den VDD e.V., was durch die nachfolgenden Unterschriften bestätigt wird.  _____ Unterschrift des Eigentümers	
<i>Gerhard Frederik Pysen</i>			
<i>Bekermingweg 8</i>			
<i>7104 AM. Winterwyk-Kotten Niederlande</i>			

**Tierärztliche Bescheinigung des Röntgentierarztes:**

Ich bestätige hiermit, dass ich den o.g. Hund geröntgt habe. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, Deutsch-Drahthaar (DD), dem ZuchtbuchNr./TätNr./ChipNr., Wurfdatum, Datum der Röntgenaufnahme und meinem Praxisstempel gekennzeichnet. Der Hund wurde ausreichend sediert.

<i>22.05.12</i>		
Datum	Praxisstempel/Anschrift & TelefonNr..	Unterschrift des Tierarztes

Dieses Formular ist an der Röntgenaufnahme des Hundes zu befestigen (Schnellhefter, Klebeband oder dergleichen) **und die Röntgenaufnahme ist ohne Vorbeurteilung zu schicken an:**

**HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.**  
**Dr. Peter Schunk**  
 Obere Rangenäcker 20, 96476 Bad Rodach / Heldrith  
 Tel. 09564 92370 Fax 09564 92373

## HD Auswertung durch den Gutachter des VDD e.V. (nach FCI / GRSK e.V.)


<b>Lagerungs- und Qualitätsmängel :</b>					
Gliedmaßen	asymmetrisch ungenügend gestreckt übermäßig eingedreht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	unscharf ungenügend umgedreht ungenügend parallel zueinander	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Beckenpfanne :					geringgradig
Gesamteindruck	tief	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kraniale Pfannenkontur	strichförmig	<input type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kranialer. Pfannenrand	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	abgeflacht mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf :					
Gesamteindruck	kugelförmig	<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"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief	<input type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelhals	schlank vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt :					
Gestreckte Gliedmaßen	konzentrisch	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrum des Femurkopfes	medial d.dorsalen Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung nach Norberg	Winkel größer als 105°	<input type="checkbox"/>	Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			lateral	<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 und Befund**

HD <b>A</b>	1	2	HD-frei (HD frei Stempel)	<input checked="" type="checkbox"/>	Bemerkungen :
HD - B	1	2	HD fast normal (HD frei Stempel)	<input type="checkbox"/>	
HD - C	1	2	HD I – leichte HD	<input type="checkbox"/>	
HD - D	1	2	HD II – mittlere HD	<input type="checkbox"/>	
HD - E	1	2	HD III – schwere HD	<input type="checkbox"/>	

*31.5.2012* Datum

*Peter Schunk*  
Unterschrift HD Gutachter

Aw-Nr. *24065*  
  
 Praxisstempel