

# HD – RÖNTGENBEFUND

# Österreichische Hundesport-Union



Tierarzt

Datum:.....

Ort: .....

Datum/Nr. der Rö. Aufnahme .....

## Hund

Rasse ..... Name .....

Wurfstag ..... Geschlecht .....

Zuchtbuch Nr ..... Chip/Tätow. Nr .....

## Besitzer

Name ..... Anschrift .....

## BEFUND

### Beurteilung der Lagerung

Gestreckte	symmetrisch	<input type="checkbox"/>	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen	gut gestreckt	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>
	gut eingedreht	<input type="checkbox"/>	ungenügend	<input type="checkbox"/>

Bemerkung .....

### Beurteilung der Pfanne

		li. re.		flach	Ggr		Mgr		Hgr	
		li.	re.		li.	re.	li.	re.		
Gesamteindruck	tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vordere Pfannenkontur	scharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorderer Pfannenrand	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nach vorne abgeflacht mit Auflagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung .....

### Beurteilung des Oberschenkelkopfes

Gesamteindruck	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				pilzförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				eckig	<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	subluxiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				luxiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung .....

### Beurteilung des Oberschenkelhalses

schlank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verkürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aufgelockert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung .....

### Beurteilung des Gelenkspaltes

konzentrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkung .....

Sonstiges .....

**Messung nach Norberg:** Winkel rechte Hüfte.....° Winkel linke Hüfte.....°

<b>Beurteilung:</b>	HD A = kein Hinweis für HD	<input type="checkbox"/>	HD D = mittlere HD	<input type="checkbox"/>
	HD B = HD Übergangsform	<input type="checkbox"/>	HD E =schwere HD	<input type="checkbox"/>
	HD C= leichte HD	<input type="checkbox"/>		

**Unterschrift des Gutachters:**

.....