



Untersuchung auf Ellbogen Dysplasie (ED)

Besitzer: Name/Vorname: _____

PLZ/Wohnort/ Strasse: _____

Tel: _____

Name des Hundes:

_____ Wurfstag: _____

Rüde: Hündin: Farbe: _____ Reg/Zuchtbuchnr.: _____

Tätowierung: _____ Chipnr.: _____

Der Eigentümer/Besitzer bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des Hundes. :

Wird vom Tierarzt ausgefüllt:

Datum der Untersuchung: _____ von: _____

Bestätigung des Tierarztes:

1. Ahnentafel des Hundes wurde vor der Untersuchung der Röntgenaufnahme vorgelegt

2. Chipnummer des Hundes wurde überprüft, sie ist mit den o.g. Angaben identisch:

Bemerkung/Begründung: _____

Untersuchungsergebnis:

Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3
re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>

Zuchtausschluss: Nein muss überlegt werden Ja

Datum/Unterschrift/ Stempel des Tierarztes/Tierklinik:
