



Untersuchung auf Keilwirbel

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 geröntgten Hundes. :

Wird vom Tierarzt ausgefüllt:

Datum der Untersuchung: _____ von: _____

Bestätigung des Röntgentierarztes:

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

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

Bemerkung/Begründung: _____

Untersuchungsergebnis:

Gruppe 1: keine Keilwirbel

Gruppe 2: 1-3 Keilwirbel Anzahl: 1 2 3

Gruppe 3: 4-6 Keilwirbel Anzahl: 4 5 6

Gruppe 4: > 6 Keilwirbel Anzahl: _____

Zuchtausschluss: Nein Ja
(0 – 3) (ab 4)

Datum/Unterschrift/ Stempel des Tierarztes/Tierklinik:
