

# Deutscher Club für Leonberger Hunde e.V.



Mit Einsendung werden die Röntgenaufnahmen Eigentum des DCLH e.V. der Hundebesitzer erklärt sich mit der Veröffentlichung und statistischen Auswertung der ED- und HD-Befunde einverstanden

## Röntgenuntersuchung auf Hüftgelenks- (HD) und Ellbogendysplasie (ED)

**Nur vom Gutachter auszufüllen!**

Beurteilung der Lagerung:	Becken Gliedermaßen	symmetrisch gut gestreckt gut eingedreht parallel	re.	li.	asymmetrisch ungenügend ungenügend nicht parallel übermäßig eingedreht	geringgradig			
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		re	li.	re	li.
Beurteilung der Pfanne:	Gesamteindruck:	tief	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vorderer Pfannenkontur:	strichförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	subchondrale Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kraniolateraler Pfannenrand:	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	horizontal nach vorn abgeflacht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Oberschenkelkopfes:	Gesamteindruck:	kugelförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht Deformation Kragenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sitz des Kopfes in der Pfanne:	tief	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Überganges Oberschenkelkopf/-hals:		schlank vom Kopf abgesetzt scharf konturiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	schlecht abgesetzt unscharf Auflagerungen Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des Gelenkspaltes:		kongruent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femurkopfzentrum:		medial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf lateral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winkelmessung nach Norberg:		105° oder größer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	< als 105° < als 100° < als 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HD-BEFUND	A1	A2	B1	B2	C1	C2	D1	D2	E1	E2
RECHTS		<input checked="" type="checkbox"/>								
LINKS		<input checked="" type="checkbox"/>								

Qualität Lagerung: <input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	Technische Qualität: <input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt
--	--

Arthrosegrad	KEINE	GERING	< 2 MM	2-5 MM	> 5 MM
re	<input checked="" type="checkbox"/>				
li	<input checked="" type="checkbox"/>				

Verdacht auf:  IPA  FCP  OCD  
 Coronoiderkrankung

ED-BEFUND	FREI	GRENZFALL	GRAD I	GRAD II	GRAD III
RECHTS	<input checked="" type="checkbox"/>				
LINKS	<input checked="" type="checkbox"/>				

Qualität Lagerung: <input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt	Technische Qualität: <input checked="" type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Beurteilung abgelehnt
--	--

13.2.23  
(Datum)

(Unterschrift / Stempel des Gutachters)

### Vom Tierarzt auszufüllen!

Rasse: Leonberger Wurfstag: 05.07.2021  
 Chip-/Tato-Nr. 276098800301086 Geschlecht: Hündin ZB-Nr.: VDH/DLB 30120

Name des Hundes Lorena vom Dreiburgenland

Stempel des Tierarztes  
**Dr. H. Kendlinger**  
 prakt. Tierarzt  
 Moltkestr. 284453 Mühlendorf  
 08631/7253  
 Unterschrift des Tierarztes: \_\_\_\_\_

Bestätigung des Röntgentierarztes:  
 Die Identität des Hundes wurde anhand der Ahnentafel überprüft.  
 Die Untersuchung wurde in der Ahnentafel vermerkt.  
 Die Daten des Hundes auf diesem Formular entsprechen denen in der Ahnentafel  
 Mit der Veröffentlichung aller Daten und Ergebnisse bin ich einverstanden  
 Die Hinweise auf dem beigefügten Informationsblatt für den Röntgentierarzt habe ich zur Kenntnis genommen

Mit der Unterschrift bestätigt der Tierbesitzer die Identität des Hundes und erklärt sich mit einer kostenpflichtigen Auswertung einverstanden

Der untersuchte Hund wurde mit \_\_\_\_\_ sediert  
(Platzers-Menge)

Unterschrift: Matthias Schröder  
 (Name des Eigentümers)  
Kirchstraße 7  
 (Straße)  
94538 Fürstenstein-Oberpolling  
 (PLZ, Wohnort)

Datum der Röntgenaufnahmen: 03.02.2023

Die mit Rasse, Wurfstag, Zuchtbuchnummer, Chipnummer, Datum der Röntgenaufnahme und Seitenmarkierungen gekennzeichneten Röntgenaufnahmen sind vom Tierarzt zusammen mit dem ausgefüllten Formular (die Ahnentafel des Hundes ist nicht mit einzusenden!) ohne jede Vorbeurteilung zu senden an:

Anschreibenfeld bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!

**Dr. Silke Viehues,**  
 Bunsenstr. 20 59229 Ahlen  
 Telefon: 02382-76670-24  
 Fax: 02382-82068