

Deutscher Teckelklub 1888 e. V.
Forschungsprojekt Bandscheiben

Haartyp / Variante: _____

Rüde

Hündin



Name des Hundes: _____

ZB Nr.: _____ Wurftag.: _____ Chip- Nr.: _____

Eigentümer: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Datum der Röntgenaufnahme: _____

Gewicht: _____

Unterschrift des Eigentümers/ Besitzers, als Einverständniserklärung

Bestätigung des Röntgentierarztes

Siehe auch Hinweise für den Röntgentierarzt auf der Rückseite des Tierarztexemplars!

1. Die Chipnummer des Hundes wurde überprüft;
sie ist mit der in der Ahnentafel verzeichneten Chip-Nr. identisch:
2. Neuer Transponder Nr: _____

Bemerkungen: _____

Stempel und Unterschrift des Tierarztes: _____

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7
Verk. eindeutig																											
Verk. gering																											
Verk. fraglich																											
Spondylose ?																											
Keil -Blockw.? Wirbels																											
Sonstiges:																											

Lagerung:

_gut_____ausreichend_____NA_____

Bildqualität:

gut_____ausreichend_____NA

Sonstiges: _____

Datum: _____ Gutachter (in): _____

Unterschrift/ Stempel