



Verein für Deutsche Wachtelhunde e.V.

Hinweise zur Untersuchung der Hüftgelenkdysplasie (HD), der Ellbogengelenkdysplasie (ED) und der IOCH

Sehr geehrte (r) Welpenkäufer(in),

zur Gesunderhaltung unserer Rasse bitten wir Sie, Ihren Hund nach Vollendung des 12. Lebensmonates auf HD und ED untersuchen zu lassen.

Bei Ihrem Tierarzt zahlen Sie lediglich die ärztliche Leistung. Er ist Ihnen gegenüber verpflichtet, ein Bild zu liefern, das nach FCI-Kriterien auswertbar ist:

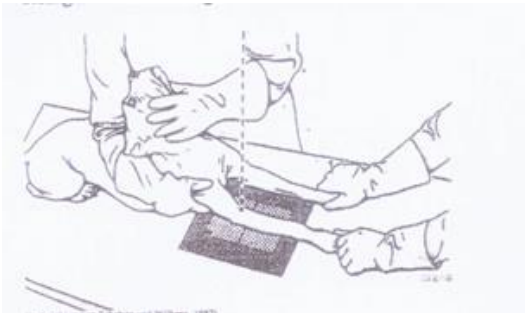
HD-Auswertung:

1. Der Hund ist so zu lagern, dass die Hüften nicht verkanten.
2. Die Hinterläufe sind zu strecken und soweit einzudrehen, dass die Kniescheibe auf der Vorderseite der Aufnahme, mittig auf dem Gelenk zu sehen ist.



Von jedem Ellbogengelenk müssen mind. zwei Aufnahmen angefertigt werden.

IOCH-Auswertung:



Für die zweite Aufnahme wird der Hund in Brustlage auf dem Röntgentisch gelagert und der Kopf mit nach hinten in Richtung Rücken abgelenktem Hals fixiert. Die zu röntgende Gliedmaße wird am Karpalgelenk gefasst und ohne die Gliedmaße zu verdrehen nach vorne gezogen. Dadurch wird das Ellbogengelenk gestreckt. Durch leichten Druck von oben auf das Schultergelenk der zu untersuchenden Seite wird das Ellbogengelenk auf den Tisch gedrückt, sodass der Ellbogenhöcker dem Tisch aufliegt.

ED-Auswertung:



->latero-lateral
->ca. 45° abgebeugt



->fakultativ

HD-, ED- und IOCH Beurteilung für Deutsche Wachtelhunde

Name des Hundes:		Zuchtbuch-Nr.:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Rüde <input type="checkbox"/> Hündin		Chip-Nr.:
Wurfstag:		

(Adressfeld zur Rücksendung bitte gut lesbar ausfüllen)	
Name und Anschrift des Eigentümers:	Bestätigung des Eigentümers: Die Röntgenaufnahmen werden mit Einsendung Eigentum des Zuchtvereins. Der Eigentümer bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des geröntgten Hundes und ist mit der Veröffentlichung der Ergebnisse einverstanden. Weiterhin versichert der Eigentümer, dass bei dem obengenannten Hund bisher keine Operationen oder Manipulationen vorgenommen wurden, die geeignet sind, die Darstellung der Gelenke zu beeinflussen.
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefonnummer	
Unterschrift des Eigentümers	

Tierärztliche Bescheinigung des Röntgenarztes:		
Die Röntgenaufnahme ist ohne Vorbeurteilung zusammen mit diesem Formblatt und der Ahnentafel zu schicken an:		
Verein für Deutsche Wachtelhunde e.V. Johann Sturm Kalkofen 10 93473 Arnschwang		
Digitale Aufnahmen können nur über das Portal www.myvetsxl.com angenommen werden. Auch in diesem Fall sind die Ahnentafel und dieses Formblatt an die o.a. Adresse zu senden. <i>CD's werden nicht ausgewertet.</i>		
Ich bestätige hiermit, dass ich den o.g. Hund geröntgt habe. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, Deutscher Wachtelhund (DW), dem Geschlecht, der Zuchtbuchnummer und/oder der Chipnummer, Wurfdatum, Datum der Röntgenaufnahme und meinem Praxisstempel gekennzeichnet. Die Ahnentafel wurde vor der Anfertigung der Aufnahme vorgelegt. Die Chipnummer wurde überprüft und ist mit den Angaben der Ahnentafel identisch. Die Röntgenuntersuchung wurde in dieser vermerkt. Der Hund wurde ausreichend (bis zur Muskeler schlaffung) sediert.		
Datum	Unterschrift des Tierarztes	Praxisstempel/Anschrift/Telefon-Nr.

HD-, ED- und IOCH Auswertung durch den Gutachter des VDW		
HD-Befund	ED- und IOCH Befund	

HD – A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	HD- frei (HD frei Stempel)	<input type="checkbox"/>	kein Hinweis auf klassische ED	ED-frei	<input type="checkbox"/>
HD – B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Übergangsform	<input type="checkbox"/>	Ellenbogengelenkdysplasie Grad I	ED-1	<input type="checkbox"/>
HD – C	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	leichte HD	<input type="checkbox"/>	Ellenbogengelenkdysplasie Grad II	ED-2	<input type="checkbox"/>
HD – D	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	mittlere HD	<input type="checkbox"/>	Ellenbogengelenkdysplasie Grad III	ED-3	<input type="checkbox"/>
HD – E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	schwere HD	<input type="checkbox"/>	Ellenbogengelenk	IOCH	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen, weitere Befunde:	Bemerkungen, weitere Befunde:
Auswertungsnummer:	Auswertungsnummer:

Datum	Unterschrift des Gutachters	Praxisstempel
-------	-----------------------------	---------------