

Deutscher Teckelklub 1888 e. V.

Rückenscreening

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: _____ Bildqualität: _____
 gut _____ ausreichend _____ NA _____ gut _____ ausreichend _____ NA

Sonstiges: _____

Datum: _____ Gutachter (in): _____
Unterschrift/ Stempel