

## UNTERSUCHUNG AUF PATELLARLUXATION

Unter Bezug auf das ER-SHSB der SKG und das Zuchtreglement des Rasseclubs wurde der unten identifizierte Hund auf Patellarluxation untersucht. Hunde ohne Tätowierung oder Microchip müssen vor der Untersuchung gekennzeichnet werden.

**Hinweis für den Besitzer:** Bringen Sie die Original-Abstammungsurkunde zur Untersuchung mit. Füllen Sie den ersten Teil dieses Formulars selber aus (Besitzer, Angaben zum Hund). Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift die Identität des Hundes und versichern, dass keine Korrekturoperationen im Bereich der Hintergliedmassen vorgenommen worden sind.

### Besitzer / Züchter

Name:	Schär Trudi
Adresse:	Waldeck
PLZ Wohnort:	3462 Weier T/E
Telefon:	034 / 435 12 80

### Angaben zum untersuchten Hund

Erstkontrolle  Nachkontrolle

Rasse:	Parson Russell Terrier	<input checked="" type="radio"/> Rüde <input type="radio"/> Hündin
Name des Hundes:	Rare Treasure's He's The One	
SHSB - Nr:	693998	Welche Operationen wurden am Hund durchgeführt:
Täto Nr. / ID-Code:	-	
Geburtsdatum:	24.03.2010	Anzahl Würfe bisher:
Gewicht:	8,405	Anzahl geborene Welpen:
SHSB - Nr. Vater:	06279	Unterschrift Besitzer:
SHSB - Nr. Mutter:	26/0404840R	T. Schär

ZB/  
ZB/

### Klinische Untersuchung des Tierarztes

Kondition:	<input checked="" type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> keine Zuchtcondition
Verdacht auf Sytemkrankheiten:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:.....	
Verdacht auf Herz/Kreislaufkrankh:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:.....	
Leiden im Respirationstrakt:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:.....	
Verdacht auf vererbte Defekte:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:.....	
Persistierende Fontanelle:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grösse: Ø ..... mm	

### Patellarluxation

links		rechts	
nach medial	nach lateral	nach medial	nach lateral
<input checked="" type="checkbox"/> Grad 0			
<input type="checkbox"/> Grad 1			
<input type="checkbox"/> Grad 2			
<input type="checkbox"/> Grad 3			
<input type="checkbox"/> Grad 4			

Untersuchung durchgeführt:	<input checked="" type="checkbox"/> ohne Sedation	<input type="checkbox"/> mit Sedation
----------------------------	---	---------------------------------------

Postadresse/  
adresse postale

Postfach 8276  
3001 Bern

Geschäftsstelle/  
Secrétariat

Länggassstr. 8  
3012 Bern  
Tel. 031 306 62 62  
Fax 031 306 62 60  
PC 30-22569-2  
skg@hundeweb.org  
scs@chienweb.org



Der unterzeichnende Tierarzt versichert, dass er die Identität des Hundes überprüft hat, ihm die Original-Abstammungsurkunde vorgelegt wurde und eine Kopie der zuständigen Erfassungsstelle zugeleitet wird.

Stempel (Untersucher):

Unterschrift:

Datum:

Kleintierpraxis Göbli  
Industriestrasse 49  
CH-5300 Zug  
T 041 761 35 45  
Info@kleintierpraxis-goebli.ch  
www.kleintierpraxis-goebli.ch




23.05.2014