



ÖSTERREICHISCHER RETRIEVER CLUB

Röntgenbefunde HD

Rasse: Golden Retriever      Geschlecht: w      Wurfdatum: 07.03.2011  
 Name: WHISPERING OAKS KAYA      ZB-Nr. GR 6468      Chip-Nummer: 981100002472769  
 Besitzer Name und Anschrift: Katrin PRILLER, Julius-Fritsche-Gasse 32, 5111 Bürmoos

Datum der Röntgenaufnahme: 23.01.2013

erstellt von: Dr. A. Fellner

<b>Technische Qualität</b>	gut	<input checked="" type="checkbox"/>	ausreichend	<input type="checkbox"/>	Mängel	unterbelichtet	<input type="checkbox"/>
						überbelichtet	<input type="checkbox"/>
						unscharf	<input type="checkbox"/>
						Entwicklungsfehler	<input type="checkbox"/>
<b>Lagerung</b>	gut	<input checked="" type="checkbox"/>	ausreichend	<input type="checkbox"/>	Mängel	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>
						ungenügend gestreckt	<input type="checkbox"/>
						ungenügend rotiert	<input type="checkbox"/>
						übermäßig rotiert	<input type="checkbox"/>
						ungenügend parallel	<input type="checkbox"/>

<b>Beckenpfanne</b>	tief	li	<input checked="" type="checkbox"/>	re	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	li	<input type="checkbox"/>	re	<input type="checkbox"/>	vorderes Drittel konkav	li	<input type="checkbox"/>	re	<input type="checkbox"/>
											bis über Mitte konkav				

<b>kraniale Kontur</b>	o.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gleichmäßig breiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral breiter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	------	--------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------

<b>kraniolateraler Rand</b>	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unscharf/aufgehellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	horizontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------------------

<b>Oberschenkelkopf</b>	Größe und Form	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	zu klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsal geringgradig abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsal abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Randwulstbildung/Exostosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	----------------	------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>Oberschenkelkopf</b>	Struktur und Form	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsal unscharf konturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsal ggr. Exostosen/Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exostosen, feine Morgan-Linie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								Exostosen, breite Morgan-Linie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Gelenkspalt</b>	o.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inkongruent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ggf. Inkongruent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------	------	--------------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------------------	------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

<b>Fernurkopfbereich</b>	medial d. Pfannendachkontur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral davon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf der Pfannendachkontur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

<b>Norberg-Winkel in Grad</b>	>=105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	>100-<=105	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	>95-<=95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	>=90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------	--------------------------	--------------------------	------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	------	--------------------------	--------------------------

<b>Beurteilung</b>	li	re	li	re	li	re	li	re				
	HD-A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HD-B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HD-C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HD-E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: Utzenaich, 23.01.2013

Stempel und Unterschrift des befundenen Tierarztes

PLÖHMEDIZIN Dr. ADALBERT FELLNER  
 Julius-Fritsche-Gasse 32, 5111 Bürmoos  
 06644 22222





ÖSTERREICHISCHER RETRIEVER CLUB

Röntgenbefunde ED, OCD

Rasse: Golden Retriever  
 Name: WHISPERING OAKS KAYA  
 Geschlecht: w  
 ZB-Nr. GR 6468  
 Wurfdatum: 07.03.2011  
 Chip-Nummer: 981100002472769  
 Besitzer Name und Anschrift: Katrin PRILLER, Julius-Fritsche-Gasse 32, 5111 Bürmoos

Datum der Röntgenaufnahme: 23.1.2013  
 erstellt von: Dr. Fellner

SCHULTERGELENKE	li	re	li	re	li	re			
Caput humeri	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zubildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bemerkungen:

ELLBOGENGELLENKE	li	re	li	re	li	re				
Medialer Condylus-anteil/Humerus	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aufgehellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Processus anconeus	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unvereinigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zubildungen	bis 2 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								2 bis 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								> 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Processus coronoideus medialis	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unvereinigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontur	unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incisura semilunaris	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epicondylus humeri medial	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				Zubildungen	bis 2 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								2 bis 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								> 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lateral	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				Zubildungen	bis 2 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								2 bis 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								> 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiusgelenkfläche	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				Zubildungen	bis 2 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								2 bis 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								> 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkongruenz	o.B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

OCD – Schultergelenk	li	re	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	kein Hinweis				
OCD – Ellbogengelenk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			kein Hinweis				
ED	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			kein Hinweis	Verdacht	Grad 1	Grad 2	Grad 3
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: Utzenaich, 23.01.2013

Stempel und Unterschrift des befundenen Tierarztes



FACHTIERARZT für KLEINTIERE  
 Dr. med./vet. A. Fellner  
 4872 Utzenaich, Tel.: 07751/8900