



BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG

Certificate of eye examination

European College of Veterinary Ophthalmologists

Arbeitskreis Veterinärphthamologie (AKVO)

Veterinärmedizinische Universität Wien
Klinik für Chirurgie und Augenheilkunde
Veterinärplatz 1, 1210 Wien
Telefon: +43 1 250775330
Telefax: +43 1 250775390

ECVO Reg.Nr.Untersuchung reg.no.examination

O-A Nr. 1020154

ECVO Reg.Nr.Untersucher reg.no.examiner

A1001

Tier animal

Name: Flat Diamond's Flottimo Fynn
Rasse: Flat-Coated Retriever
Zuchtbuch Nr.: OHZB/FCR 2601
Mikrochip Nr.: 040097200005640
Wurfdatum: 28.03.2020
Geschlecht: Männlich
Bisherige Untersuchungen: Nein
Wenn abnormal: Nein
DNA-Tests: Nein
Datum, Zert. Nr. + Reg. Nr. Unters.:
Typ, Datum:

Eigentümer/Besitzer owner/agent

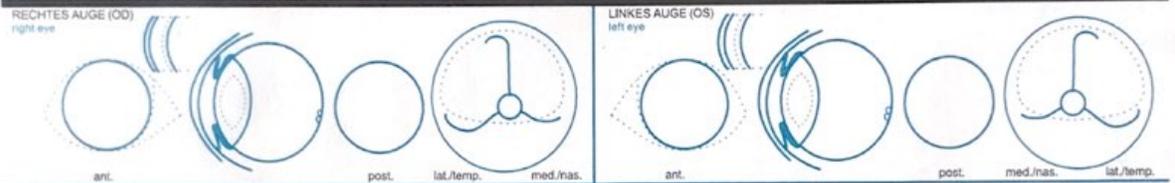
Name: Thomas Mey
Adresse: Wilhelmweg 2
Land, PLZ: AT 6323
Wohnort: Bad Häring

Der Unterscheidende wurde über die Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes (AKVO) und des European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) informiert und darauf einverstanden. Er bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist. Dieses Zertifikat wird zum Zweck der Befundung für die Zucht ausgestellt und elektronisch gespeichert. Die angegebenen personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Vertragserfüllung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b DSGVO verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur, sofern dies zum Zweck der Vertragsabwicklung erforderlich ist, eine gesetzliche Verpflichtung besteht oder ein überwiegendes Interesse des AKVO und der Veterinär Wien vorliegt. Die anonymisierten Untersuchungsergebnisse können durch den AKVO, das ECVO und VetZ ausgewertet und veröffentlicht werden.

Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer
date, signature owner/agent

Untersuchung examination

Datum: 27.04.2021
Standardmethode: Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie > 10x
Zusätzlich: Indirekte Ophthalmoskopie, Direkte Ophthalmoskopie, Gonioskopie (ohne Mydriatikum), Tonometrie (ohne Mydriatikum)
Kontrolle der Tätowierung: Richtig
Kontrolle des Mikrochips: Richtig



Anmerkungen:
Augenerkrankung Nr.:
Kammerwinkelweite: Eng (mittelgradig)

Table with columns for hereditary eye diseases (FREI, ZWEIFELHAFT, NICHT FREI) and results for 12 months (FREI, VORLÄUFIG NICHT FREI, NICHT FREI). Diseases listed include Membrana Pupillaris Persistens, Katarakt, Retinadysplasie, etc.

Erklärungen interpretation

\* „Frei“: Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung.
\*\* Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.
\*\*\* Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung.

Für weitere Informationen bitte wenden an:

TIERÄRZTE OBERALM
Mag. Alexandra Hofmann
Halleiner Landesstraße 24
5411 Oberalm, Österreich
office@tieraerzte-oberalm.at
Telefon +43 6245 85425

Untersucher examiner
Der/Die Unterzeichnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.

Name: Dr. Silvia Stadler
Ort: Langnau/Albis
07-2019 © ECVO
Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO



**BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG**  
**Certificate of eye examination**  
**European College of Veterinary Ophthalmologists**

Arbeitskreis Veterinär ophthalmologie (AKVO)  
 Veterinärmedizinische Universität Wien  
 Klinik für Chirurgie und Augenheilkunde  
 Veterinärplatz 1, 1210 Wien  
 Telefon: +43 1 250775330  
 Telefax: +43 1 250775390

ECVO Reg.Nr. Untersuchung reg.no. examination  
**O-A Nr. 1020154**  
 ECVO Reg.Nr. Untersucher reg.no. examiner  
**A1001**

**Tier animal**

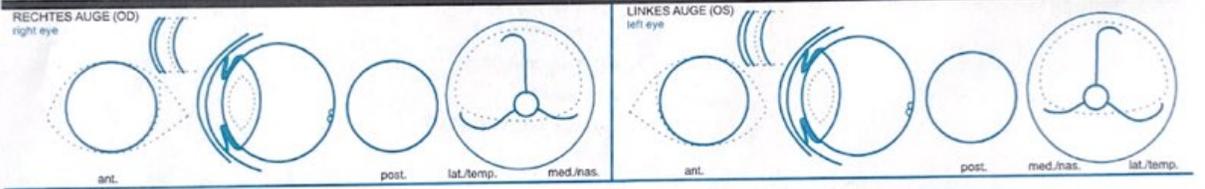
Name: **Flat Diamond's Flottimo Fynn**  
 Rasse: **Flat-Coated Retriever**  
 Zuchtbuch Nr.: **ÖHZB/FCR 2601**  
 Mikrochip Nr.: **040097200005640**  
 Wurfdatum: **28 - 03 - 2020**  
 Geschlecht:  Weiblich female  Männlich male  
 Bisherige Untersuchungen:  Nein no  Ja yes  
 Wenn abnormal:  Frei unaffected  Zweifelhafte undetermined  Vorläufig nicht frei suspicious  Nicht frei affected  
 DNA-Tests:  Nein no  Ja yes  
 Typ, Datum: \_\_\_\_\_

**Eigentümer/Besitzer owner/agent**

Name: **Thomas Mey**  
 Adresse: **Wilhelmweg 2**  
 Land, PLZ: **AT 6323**  
 Wohnort: **Bad Häring**  
 Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer: \_\_\_\_\_

**Untersuchung examination**

Datum: **27 - 04 - 2021**  
 Standardmethode: **Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie >10x**  
 Zusätzlich:  Untersuchung vor Weitstellung  
 Direkte Ophthalmoskopie  
 Gonioskopie (ohne Mydriatikum)  
 Tonometrie (ohne Mydriatikum)  
 Kontrolle der Tätowierung:  Richtig correct  Teilweise/unleserlich partly/unreadable  Falsch incorrect  Fehlt absent  
 Kontrolle des Mikrochips:  Richtig correct  Falsch incorrect  Fehlt absent  
 Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.



Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
 Augenerkrankung Nr.:  Geringgradig  Hochgradig  
 8. ICAA: Lig. Pectinatum Anomalie  Geringgradig  Mittelgradig  Hochgradig  
 Kammerwinkelweite:  Eng (mittelgradig)  Verschluss (hochgradig)

Erbliche und vermutlich erbliche Augenerkrankungen:	Know and presumed hereditary eye diseases			Bescheinigt für 12 Monate			Results valid for 12 months		
	FREI	ZWEIFELHAFT	NICHT FREI	FREI	VORLÄUFIG NICHT FREI	NICHT FREI	FREI	VORLÄUFIG NICHT FREI	NICHT FREI
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (kongenital)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinadysplasie (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypoplasie/Mikropapille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Augenanomalie (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige: other	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kammerwinkelanomalie (ICAA) (nur nach Gonioskopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> Geringgradig	<input type="checkbox"/> Mittelgradig	<input type="checkbox"/> Hochgradig			

**Erklärungen interpretation**  
 \* „Frei“: Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. „Nicht frei“: Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung sind vorhanden.  
 \*\* „Unaffected“ signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specified, whereas „affected“ signifies that there is such evidence.  
 \*\*\* Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.  
 The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed inherited eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.  
 \*\*\*\* Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in ..... Monaten.  
 The animal displays minor, but specific clinical signs of the presumed inherited eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Re-examination in ..... months.

Für weitere Informationen bitte wenden an: **Untersucher examiner**  
 Name: **Dr. Silvia Stadler**  
 Ort: **Langnau/Albis**  
 07-2019 © ECVO

**TIERÄRZTE OBERALM**  
 Mag. Alexandra Hofmann  
 Hallerler Landesstraße 24  
 5411 Oberalm, Österreich  
 office@tieraerzte-oberalm.at  
 Telefon +43 6245 85425

Der/Die Unterzeichnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programms zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.  
 The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown.  
 Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO  
 signature examiner, authorized by ECVO

# ÖSTERREICHISCHER RETRIEVERCLUB (ÖRC)

BEGLEITSCHREIBEN FÜR RÖNTGENAUFNAHMEN ZUR UNTERSUCHUNG AUF HÜFTGELENKSDYSPLASIE, ELLBOGENDYSPLASIE UND OCD BZW. ARTHROSE IM SCHULTERGELENK

NAME DES BESITZERS:	Thomas u. Angelika Mey		
TELEFON:	066475040328		
ANSCHRIFT:	Wilhelmineweg 2, 6323 Bad Häring		
RASSE:	Flat Coated Retriever	CHIP-NR.:	040097200005640
NAME DES HUNDES:	Fynn / FLAT DIAMOND'S FLOTTINO FYNN		
ÖHZB-NR.:	FCR 2601	GESCHLECHT:	Rüde
WURFDATUM:	28.03.2020		

Der oben umrandete Teil ist vom Tierarzt anhand des Abstammungsnachweises und der Tätowier- bzw. Mikrochipnummer zu kontrollieren!  
Die Röntgenuntersuchung ist vom Tierarzt im Abstammungsnachweis zu vermerken!

<u>Auszufüllen vom Tierarzt:</u>	
MIKROCHIPNUMMER:	040097200005640
DATUM DER RÖNTGENAUFNAHME	1.4.2021
SICHERSTELLUNG DER IDENTITÄT DES HUNDES AM RÖNTGENBILD DURCH	<input checked="" type="checkbox"/> SCHRIFTEINBLENDUNG
ZAHNSTELLUNG:	<input checked="" type="checkbox"/> SCHERE <input type="checkbox"/> ZANGE <input type="checkbox"/> VORBISS <input type="checkbox"/> RÜCKBISS
FEHLENDE ZÄHNE:	<input checked="" type="checkbox"/> KEINE <input type="checkbox"/> ES FEHLEN (bitte detailliert angeben):

- Das Mindestalter des Hundes am Tag der Aufnahme beträgt 12 Monate
- Die HD-Röntgenaufnahme wird in Vollnarkose mit ausreichender Relaxion durchgeführt. Extremitäten gestreckt und eingedreht, Format 30 x 40.
- Die Knieescheiben müssen erkennbar sein und es muss zumindest der letzte Lendenwirbel vollständig abgebildet sein.
- Ellbogengelenke: Seitenaufnahmen: Orthograd gelagert (im rechten Winkel), Öffnungswinkel von ca. 45° (gebeugt) und zweite Aufnahme mit 90° - 110° (gestreckt) zwischen Ober- u. Unterarm. Der Proc. anconaeus (Ankerfortsatz) muss sichtbar sein und sein Verlauf nachvollziehbar, Ellbogengelenke direkt auf die Röntgenkassette lagern, jedes Ellbogengelenk soll separat geröntgt werden. Craniocaudale Aufnahme (aufgerichtete Lagerung in Brust - Bauchlage): Innenrotation um ca. 15° (Oberarm einwärts gedreht), bei dieser a.p. Aufnahme muss jedes Gelenk separat geröntgt werden.
- Schultergelenke im medio-lateralen Strahlengang, Extremität gut vorgezogen. (Röntgen nicht verpflichtend)

#### Die Befundung kann erfolgen durch:

- Dr. med. vet. Adalbert Fellner, 4972 Utzenaich, Sigmundsberg 21
- Univ. Doz. Dr. Ewald Köppel, 8600 Bruch/Mur, Landkronngasse 6
- Dr. med.vet Peter Szabados, 6020 Innsbruck, Geystraße 1

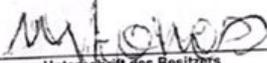
- Überbefundung erfolgt ausschließlich durch Prof. Dr. Mark Flückiger (CH).

- Die Röntgenbilder sind von einem in Österreich niedergelassenen Tierarzt anzufertigen und mit diesem Begleitschein unterschrieben vom Tierarzt und Besitzer/Halter an die befundende Stelle zu schicken. Bitte nehmen Sie zur Röntgenuntersuchung die Original-Ahnen tafel mit – Die Untersuchung wird auf der Rückseite vermerkt und vom Tierarzt unterschrieben.
- Der Besitzer oder Halter des Hundes erhält die Erlaubnis, dass die Röntgenaufnahmen bei der befundenden Stelle verbleiben.
- Den Befund sowie die Honorarnote erhält der Besitzer direkt von der befundenen Stelle.
- Der Hundebesitzer verpflichtet sich die Kosten für Röntgen, Befunderstellung zzgl. Portospesen zu tragen und den ÖRC in dieser Hinsicht schad- und klaglos zu halten.
- Eine Kopie der Befunde ergeht an den Zuchtwart.
- Der Hundebesitzer erklärt sich einverstanden, dass die Befundergebnisse in der ÖRC-Datenbank gespeichert und im „Retriever“ veröffentlicht werden.

Der Hundebesitzer erklärt mit seiner Unterschrift, dass der zu untersuchende Hund noch keiner gleichwertigen Untersuchung unterzogen und dass der Hund an keiner in Betracht kommenden Extremität einer Operation unterzogen wurde und dass er diese Röntgenbegleitschreiben voll inhaltlich anerkennt.

1.4.21

 Dipl. Tzt. Dr. Peter Szabados  
Fachverband für Kleintiere  
A-6020 Innsbruck, Geystraße 1  
Anruf Tel: 0512 23415-100  
Datum, Unterschrift, Stempel des Tierarztes,

  
Unterschrift des Besitzers



# Österreichischer Retriever Club (ÖRC)

## Befundbogen zur HD-Untersuchung

Name des Hundes: **Flat Diamond's Filottimo Fynn** Chip. Nr: **040097200005640**  
 ZB Nr: **FCR 2601** Wurfstag: **28.3.2020** Geschlecht: **Rüde**  
 Besitzer: **Mey Angelika u. Thomas, Wilhelmineweg 2, 6323 Bad Häring**  
 Datum der Aufnahme: **1.4.2021** Aufnahme erstellt durch: **Dr. Szabados**

**Technische Qualität des Bildes:** ausreichend  schlecht beurteilbar  nicht beurteilbar

		li	re		li	re
<b>Beurteilung der Lagerung:</b>	symmetrisch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	asymmetrisch (Becken verkippt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(gestreckte Gliedmaßen)	gut gestreckt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend gestreckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut eingedreht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ungenügend eingedreht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Beurteilung der Pfanne:

Gesamteindruck	tief	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vord.Pfannendachrand	scharf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(kran.lat.Azetab.rand)	lateral nachfassend	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	horizontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				ggr.abgerundet /Abschrägung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Zubildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vord.Pfannendach	strichförmig, gleichmäßig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	gleichmäßig dick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(kran.Pfannenkontur)				lat.ggr.verdickt,med.ggr.reduziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				lat.mgr. verdickt, med.mgr. reduziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Beurteilung des Gelenkspaltes

	konzentrisch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ggr. divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				deutlich divergierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Beurteilung des Oberschenkelkopfes:

Gesamteindruck	kugelförmig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				pilzförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				eckig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ggr. subluxiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				subluxiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				luxiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrum des Oberschenkelkopfes	med. des dors. Pfannenrandes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	auf dem dors. Pfannenrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				lateral des Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Beurteilung des Oberschenkelhalses:

	schlank	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf gut abgesetzt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	verkürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dicht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Struktur aufgelockert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgan-Linie	nicht vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	zart sichtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				deutlich sichtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Norbergwinkel:

105° oder größer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	zw.105° u. 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			95°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			kleiner 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Beurteilung des Tierarztes:

Kein Hinweis auf Hüftgelenkdysplasie (HD) - A :   
 Verdächtig (Übergangsform) - B :   
 Leichte HD - C :   
 Mittlere HD - D :   
 Schwere HD - E :



Dipl. Tierärz. Peter Szabados  
 Facharzt für Kleintiere  
 A-6020 Imst, ack. Geyrstraße 1  
 Auto 0664 / 34 16 100  
 Tel 0512 92 59 - Fax DW 15

Datum, Stempel/Unterschrift des HD-Tierarztes



# Österreichischer Retriever Club (ÖRC)

## Befundbogen zur Schulter- und Ellbogenuntersuchung

Name des Hundes: **Flat Diamond's Filottimo Fynn** Chip. Nr: **040097200005640**  
 ZB Nr: **FCR 2601** Wurftag: **28.3.2020** Geschlecht: **Rüde**  
 Besitzer: **Mey Angelika u. Thomas, Wilhelmineweg 2, 6323 Bad Häring**  
 Datum der Aufnahme: **1.4.2021** Aufnahme erstellt durch: **Dr. Szabados**

Technische Qualität der Bilder:  beurteilbar  nicht beurteilbar - folg. Bilder:.....

### Schultergelenke

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

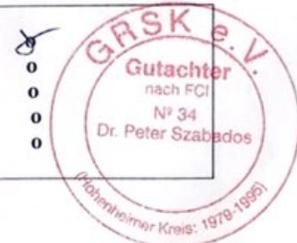
### Ellbogengelenke

Condylus humeri medialis o. B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OCD	<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"/>
			über 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epicondylus humeri med. 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"/>
			über 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epicondylus humeri lat. 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"/>
			über 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Process. anconaeus (PA) o. B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unvereinigt (IPA)	<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"/>
			über 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Processus coronoideus med. (PCM) o. B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unvereinigt (IPCM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Kontur unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			plumpe Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zubildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incisura semilunaris o. B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ggr. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			deutl. Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rund	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	unrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenksfläche Radius/Ulna o. B.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Stufe vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			inkongruentes Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Radius - Zubildungen bis 2 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2 bis 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			über 5 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schultergelenk OCD frei   
 Verdacht   
 vorhanden

ED 0  
 ED Übergangsform-Borderline  
 ED-Grad 1  
 ED-Grad 2  
 ED-Grad 3

Ellbogengelenk OCD frei   
 vorhanden



1.4.21 0000  
 Bestätigung der Befundstelle - Datum/ Stempel/ Unterschrift  
 Dipl. Tier. Dr. Peter Szabados  
 Fachtierarzt für Kleintiere  
 Tel 0512 / 39 21 59 - Fax 0512 15

# BEFUNDFORMULAR

## ARBEITSKREIS FÜR VETERINÄRMEDIZINISCHE ERBHYGIENE(AKVE)



### UNTERSUCHUNG AUF PATELLALUXATION

TIERBESITZER <i>MEY ANGELIKA M. THOMAS</i>		TEL <i>0664-75040328</i>
WOHNORT <i>BAD HÄRING</i>	PLZ <i>6323</i>	STRASSE <i>WILHELMINENWEG 2</i>
RASSE <i>FCR</i>	RASSEZUCHTVEREIN <i>ÖRC</i>	
NAME DES HUNDES <i>FLAT DIAMOND'S FILOTTINO FYNN</i>	GESCHLECHT:	MÄNNLICH <input checked="" type="checkbox"/> WEIBLICH <input type="checkbox"/>
WURFDATUM <i>28.3.2020</i>	TÄTNR CHIPNR <i>040097200005640</i>	ZUCHTBUCHNR <i>FCR 2601</i>

Hiermit bestätige ich die Identität des untersuchten Hundes. Ich versichere, daß keine Korrekturoperationen im Bereich der Hintergliedmaßen vorgenommen wurden.

*INNSBRUCK, 1.4.21*  
ORT, DATUM

*[Signature]*  
UNTERSCHRIFT DES TIERBESITZERS

### BEFUND

1. Untersuchung: (Mindestalter: 1 Jahr)					Nachuntersuchung: (mit ca. 3 Jahren) ✓				
re. Knie:		li. Knie:			re. Knie:		li. Knie:		
lateral	medial	medial	lateral	lateral	medial	lateral	medial	lateral	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Grad 0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Bemerkungen:

Der unterzeichnende Tierarzt versichert, daß er die Identität des Hundes überprüft hat und ihm der Abstammungsnachweis oder eine Kopie desselben vorgelegt wurde.

*INNSBRUCK 1.4.21*  
Ort, Datum

*[Signature]*  
Dipl. Tzt. Dr. Peter Szabados  
Facharzt für Kleintiere  
10608 Innsbruck, Geystraße 1  
Auto Tel 0664 / 34 16 100  
Tel 0512 / 31 21 59 • Fax DW 15  
Unterschrift des untersuchenden Tierarztes

**Beurteilung:**

- Grad 0: Patella nicht luxiert, nicht luxierbar; reitende Patella.
- Grad 1: In Beuge- und/oder Streckstellung kann die Patella durch Druck luxiert werden (spontane Reposition).
- Grad 2: Die durch Druck oder spontan luxierte Patella springt erst durch Gegendruck oder aktives Beugen und Strecken zurück.
- Grad 3: Die Kniescheibe ist luxiert. Sie kann durch Druck reponiert werden. Einstellen des Druckes bewirkt ein erneutes Luxieren.  
Zusätzliche Definition: Ist die Kniescheibe im Stehen ohne Manipulation des Untersuchers nur 1 mal luxiert, so gilt automatisch der schlechtere Befund d.h. Grad 3, unabhängig von den folgenden Befunden.
- Grad 4: Die Kniescheibe ist permanent luxiert. Eine Reposition ist nicht möglich.