

# 44 F – ZZ / Röntgenauswertung HD- / ED- / Schulter-OCD



zuchtbuchstelle@spinone-club.de

## Hund

Name: **Bosco del Tasso Gundula** Wurfstag: **11.11.2024**  
Chip-Nr.: **276099200852563** Zb-Nr.: **VDH/SICD 24/198** Rüde  Hündin

*VDH/SICD 24/198 00023*

## EigentümerIn

Name / Vorname: **Roos Claudius**  
Straße: **Wirtsgasse 4**  
PLZ / Ort: **94344 Wiesenfelden** Telefon: **09966/902080**  
eMail: **roos-bohmann@t-online.de** Mitglied im SICD Ja  Nein

## Bestätigung EigentümerIn

Ich bestätige, dass:

- die Identität des geröntgten Hundes stimmt.
- keine Operationen oder Manipulationen vorgenommen wurden, die geeignet sind, die Darstellung der Gelenke (Hüfte, Ellbogen, Schulter) zu beeinflussen.

Ich bin einverstanden, dass:

- die Röntgenaufnahme mit der Einsendung und Auswertung Eigentum des SICD wird.
- mit der Einsendung die Ergebnisse veröffentlicht werden dürfen.
- dass meine oben angegebenen personenbezogenen und -beziehbaren Daten zum Zwecke der Zuchtbuchführung der Rasse Spinone Italiano im 1. Spinone-Italiano-Club Deutschland 2008 e.V. verwendet werden dürfen. Dies beinhaltet alle Aspekte des Zuchtgeschehens im Rahmen der Zuchtbuchführung.

Ort / Datum: **Wiesenfelden, 14.04.2026**

Unterschrift:  
EigentümerIn

*[Handwritten signature]*

## Bestätigung Röntgentierarzt

Ich bestätige, dass:

- die Identität des Hundes vor dem Röntgen anhand der Ahnentafel und Chipnummer überprüft wurde.
- die Röntgenuntersuchung auf der Ahnentafel eingetragen wurde.
- der untersuchte Hund ausreichend, bis zur Muskeler schlaffung, sediert wurde.
- die Röntgenaufnahme mit Einsendung und Auswertung Eigentum des SICD wird und ich auf etwaige Urheberrechtsansprüche zugunsten des SICD verzichte.

Ort / Datum:

*Wörth/Donau 15.04.26*

Unterschrift  
und Stempel:  
Tierarzt:

**Tierarztpraxis**  
Dr. Bernd Renard  
Im Haslät 38  
93086 Wörth/Donau  
Tel.: 09482/ 909749

Homepage: [www.spinone-club.de](http://www.spinone-club.de)

Bankverbindung: IBAN: DE 62 7436 9146 0100 2536 77 BIC: GENO DE F1RZ K



## Hund

Name:

Zb-Nr.:

Chip-Nr.:

Die Röntgenauswertung wird durch die Gutachterin des SICD ausgefüllt.

<input checked="" type="checkbox"/> HD A	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> HD frei
<input type="checkbox"/> HD B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> HD Übergangsform / Grenzfall
<input type="checkbox"/> HD C	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Leichte HD
<input type="checkbox"/> HD D	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Mittlere HD
<input type="checkbox"/> HD E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Schwere HD

<input checked="" type="checkbox"/> ED 0	<input checked="" type="checkbox"/> ED frei
<input type="checkbox"/> ED Grenzfall	<input type="checkbox"/> ED Übergangsform / Grenzfall
<input type="checkbox"/> ED 1	<input type="checkbox"/> Leichte ED
<input type="checkbox"/> ED 2	<input type="checkbox"/> Mittlere ED
<input type="checkbox"/> ED 3	<input type="checkbox"/> Schwere ED

<input checked="" type="checkbox"/> Rechte Schulter-OCD frei	<input checked="" type="checkbox"/> Linke Schulter-OCD frei
<input type="checkbox"/> Rechte Schulter-OCD positiv	<input type="checkbox"/> Linke Schulter-OCD positiv

Beurteilung abgelehnt wegen:

- mangelhafter Lagerung
- mangelhafter technischer Qualität

Bemerkungen (z.Bsp. Hinweise auf Patellaluxation, Schaltwirbel usw.)



Ort / Datum:

Unterschrift und Stempel:  
der Gutachterin Dr. Silke Viehues

Das vorliegende Formular 44 F - ZZ / Röntgenauswertung HD- / ED- / Schulter-OCD muss an folgende Adresse geschickt werden: HD-Zentrale, Dr. Silke Viehues, Bunsenstr. 20, 59229 Ahlen (ohne Ahnentafel).

Homepage: [www.spinone-club.de](http://www.spinone-club.de)  
Bankverbindung: IBAN: DE 62 7436 9146 0100 2536 77 BIC: GENO DE F1RZ K