Allgemeiner Club der Rassehundefreunde (ACR) e.V.

Geschäftsstelle: Ramsberg 23, 48624 Schöppingen

OCD-Befundbogen / Schultergelenk

Name des Hundes: _____ Rasse: _____

☐ Hündin ☐ Rüde Wurftag: _____

Chip.-Nr. _____ Zuchtbuchnummer: _____

Fellfarbe: _____

Augenfarbe links: _____ rechts: _____

Name des Eigentümers: _____

Straße: _____ Tel. : _____

PLZ / Ort: _____

Hiermit bestätigt der Eigentümer des Hundes, dass der oben beschriebene Hund, das zur Untersuchung vorgestellte Tier ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Eigentümers _____

HAT FOLGENDE(N) BEFUND(E) ERGEBEN:

OCD rechtes Schultergelenk

Frei Verdacht nicht Frei

OCD linkes Schultergelenk

Frei Verdacht nicht frei

Bemerkungen: _____

Der unterzeichnende Tierarzt versichert, dass er die Identität des Hundes mittels Abstammungsurkunde/ Kontrolle der Tätowierung oder Mikrochip überprüft hat.

Ort, Datum _____ Unterschrift, Stempel des Tierarztes _____