



## Patella Luxations Untersuchung

diese Untersuchung muss bei der Zuchtauglichkeits-Prüfung vorgelegt werden

*Untenstehende Angaben sind vom Besitzer des Hundes klar und deutlich auszufüllen*

Rasse:			Rüde <input type="checkbox"/>	Hündin <input type="checkbox"/>
Name des Hundes:				
Wurfstag:			Zuchtbuch-Nr.:	
Täto-Nr.:			Chip-Nr.:	
Besitzer:			Tel.:	
Wohnort:			Fax:	
Straße:			Mitglied bei	

		<b><u>Erstuntersuchung</u></b> ab dem 12. Monat		<b><u>Nachkontrolle</u></b> mit 3 Jahren oder bei Hündinnen vor dem 3. Wurf	
		rechts	links	rechts	links
<i>Zur Zucht zugelassen</i>					
Patella Luxation	Grad 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patella Luxation	Grad 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patella Luxation	Grad 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nicht zur Zucht zugelassen</i>					
Patella Luxation	Grad 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patella Luxation	Grad 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen					
Überprüfung von		Ahnentafel <input type="checkbox"/>		Ahnentafel <input type="checkbox"/>	
		Täto-Nr. <input type="checkbox"/>		Täto-Nr. <input type="checkbox"/>	
		Chip-Nr. <input type="checkbox"/>		Chip-Nr. <input type="checkbox"/>	
Untersuchender Tierarzt	Name				
	Ortschaft				
	Straße				
	Tel. Nr.				
	Datum				
	Unterschrift				
	Stempel				