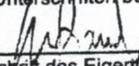
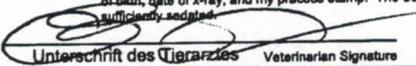
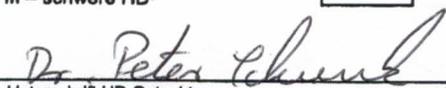
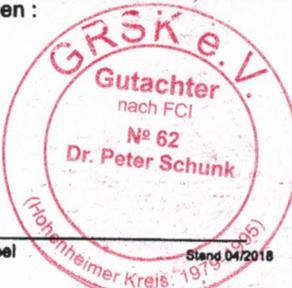


HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.

Name des Hundes: Registered Name of dog CELYN VOM KÜRBIS HAKEN		Geschlecht: Sex of dog <input type="checkbox"/> Rüde Male <input checked="" type="checkbox"/> Hündin Female	
ZuchtbuchNr. Registration Number 243620	TättoNr. Tattoo No. 243620	ChipNr. Chip number (if chipped) 29609343620	
<input type="checkbox"/> Brsch <input type="checkbox"/> Schwsch <input type="checkbox"/> Braun <input checked="" type="checkbox"/> Braun m. Abz.		Wurfdatum: dd.mm.yyyy 21.04.2021	Hinweis für den Eigentümer: Die Auswertung der Aufnahme erfolgt erst nach Überweisung der Auswertungsgebühr in Höhe von 30,00 € auf das u. g. Konto. In diesem Betrag sind enthalten: Nettogebühr 25,21 € zzgl. 19 % MWST 4,79 € (bitte kein Bargeld o. Scheck beifügen). Als Verwendungszweck bitte Namen und Zuchtbuch Nr. des Hundes angeben. HD-Auswertungsstelle VDD e.V. VR-Bank Coburg eG IBAN: DE87 7836 0000 0202 8283 59 SWIFT-BIC: GENODEF1COS Der Eigentümer/die Eigentümerin des Hundes, sowie der die Röntgenaufnahme fertigende Tierarzt übertragen das Eigentum an der Röntgenaufnahme unwiderruflich auf den VDD e.V., was durch die nachfolgenden Unterschriften bestätigt wird.
Name und Anschrift des Eigentümers Name and address of owner (Adressfeld zur Rücksendung der Beurteilung bitte gut lesbar ausfüllen)		 Unterschrift des Eigentümers Owner's signature	
IAN S. LAMBE			
Name 8 WOODLAWN ST.			
Straße AMESBURY, MA 01913 (USA)			
PLZ / Ort Zip code/Name of town Phone: 978-815-0300 Email: islambe@gmail.com			

Tierärztliche Bescheinigung des Röntgentierarztes: Certificate of X-Ray Veterinarian	
Ich bestätige hiermit, dass ich den o.g. Hund geröntgt habe. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, Deutsch-Drahthaar (DD), der ZuchtbuchNr./TättoNr./ChipNr., Wurfdatum, Datum der Röntgenaufnahme und meinem Praxisstempel gekennzeichnet. Der Hund wurde ausreichend sediert. <small>I confirm that I have x-rayed the dog. The x-ray is forger proof with the name of the dog, DD Tattoo/chip number, date of birth, date of x-ray, and my practice stamp. The dog was sufficiently sediated.</small>	
06/05/2021 Datum Date	DANVERS ANIMAL HOSPITAL Praxisstempel/Anschrift & TelefonNr. Practice Stamp
(May 6th 2021)	 Unterschrift des Tierarztes Veterinarian Signature
Dieses Formular ist an der Röntgenaufnahme (keine CD & L werden nicht ausgewertet) des Hundes zu befestigen (Schnellhefter, Klebeband oder dergleichen) keine OriginalAT mitgeben und die Röntgenaufnahme ist ohne Vorbeurteilung zu schicken an: HD Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V. Dr. Peter Schunk Obers Rangenäcker 20, 96476 Bad Rodach / Heldrith Tel. 09564 92370 Fax 09564 923737 E-Mail: info@kleintierpraxis-bad-rodach.de Tierärzte, die über digitales Röntgen verfügen, bitte die Bilder über das Internetportal www.myvetsxl.com einschicken.	

HD Auswertung durch den Gutachter des VDD e.V. (nach FCI / GRSK e.V.)				
Lagerungs- und Qualitätsmängel:	asymmetrisch	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen	ungenügend gestreckt	<input type="checkbox"/>	ungenügend umgedreht	<input type="checkbox"/>
	übermäßig eingedreht	<input type="checkbox"/>	ungenügend parallel zueinander	<input type="checkbox"/>
Beckenpfanne:	tief	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>
Gesamteindruck	strichförmig	<input type="checkbox"/>	subchondr. Sklerose	<input type="checkbox"/>
kraniale Pfannenkontur	rund auslaufend	<input type="checkbox"/>	abgeflacht	<input type="checkbox"/>
kranialer. Pfannenrand			mit Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelkopf:	kugelförmig	<input type="checkbox"/>	zu klein	<input type="checkbox"/>
Gesamteindruck			Kragenbildung	<input type="checkbox"/>
Sitz des Kopfes in der Pfanne	tief	<input type="checkbox"/>	Deformation	<input type="checkbox"/>
Oberschenkelhals	schlank	<input type="checkbox"/>	lose	<input type="checkbox"/>
	vom Kopf abgesetzt	<input type="checkbox"/>	walzenförmig	<input type="checkbox"/>
	scharf konturiert	<input type="checkbox"/>	unscharf	<input type="checkbox"/>
Gelenkspalt:			Auflagerungen	<input type="checkbox"/>
Gestreckte Gliedmaßen	konzentrisch	<input type="checkbox"/>	Linie nach Morgan	<input type="checkbox"/>
Zentrum des Femurkopfes	medial d. dorsalen Pfannenrandes	<input type="checkbox"/>	divergierend	<input type="checkbox"/>
Messung nach Norberg	Winkel größer als 105°	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 105°	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 100°	<input type="checkbox"/>
			kleiner als 90°	<input type="checkbox"/>

Beurteilung und Befund		Aw.Nr. 30146		
HD - A	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	HD-frei (HD frei Stempel) <input type="checkbox"/> Bemerkungen: HD fast normal (HD frei Stempel) <input checked="" type="checkbox"/> HD I - leichte HD <input type="checkbox"/> HD II - mittlere HD <input type="checkbox"/> HD III - schwere HD <input type="checkbox"/>
1	2			
HD - B	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	
1	2			
HD - C	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	
1	2			
HD - D	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	
1	2			
HD - E	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	
1	2			
21.5.2021		 Stand 04/2018		
Datum	Unterschrift HD Gutachter			
		Praxisstempel		

OC(D) der Schulter Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.

Name des Hundes: Registered Name of Dog CELYN VOM KÜRBIS HAKEN		Geschlecht: Sex of Dog <input type="checkbox"/> Rüde Male <input checked="" type="checkbox"/> Hündin Female	
ZuchtbuchNr. Registration No. 243620	Tät Nr. Tattoo No. 243620	ChipNr. Chip No. 276093420243620	
<input type="checkbox"/> Brsch <input type="checkbox"/> Schwsch <input type="checkbox"/> Braun <input checked="" type="checkbox"/> Braun m. Abz.		Wurfdatum: Date of birth: 21.04.2021	
Name und Anschrift des Eigentümers Name and Address of Owner (Adressfeld zur Rücksendung der Beurteilung bitte gut lesbar ausfüllen)		Hinweis für den Eigentümer: Die Auswertung der Aufnahme erfolgt erst nach Überweisung der Auswertungsgebühr in Höhe von 30,00 € auf das u. g. Konto. In diesem Betrag sind enthalten: Nettogebühr 25,21 € zzgl. 19 % MWSt 4,79 € (bitte kein Bargeld o. Scheck beifügen). Als Verwendungszweck bitte Namen und Zuchtbuch Nr. des Hundes angeben. OC(D)-Auswertungsstelle VDD e.V. VR-Bank Coburg e.G. IBAN:DE87 7836 0000 0202 8283 59 BIC:GENODEF1COS Der Eigentümer/die Eigentümerin des Hundes, sowie der die Röntgenaufnahme fertigende Tierarzt übertragen das Eigentum an der Röntgenaufnahme unwiderruflich auf den VDD e.V., was durch die nachfolgenden Unterschriften bestätigt wird.	
Name IAN S. LAMBE		Unterschrift des Eigentümers/Owner's Signature 	
Straße Street 8 WOODLAWN ST.			
PLZ / Ort Zip Code/Name of town/city AMESBURY, MA 01913 (USA)			
Phone: 978-815-0309 Email: islambe@gmail			

Tierärztliche Bescheinigung des Röntgentierarztes: Certificate of x-ray veterinarian

Ich bestätige hiermit, dass ich den o.g. Hund geröntgt habe. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, Deutsch-Drahthaar (DD), der ZuchtbuchNr./Tät Nr./ChipNr., Wurfdatum, Datum der Röntgenaufnahme und meinem Praxisstempel gekennzeichnet. Der Hund wurde ausreichend sediert.

I hereby certify that I have x-rayed the dog. The x-ray is forgery-proof with the name of the dog, DD registration number, chip number, date of birth of the dog, date of x-ray and my practice stamp affixed thereto. The dog was sufficiently sedated.

06/05/2021 Datum Date

DANVERS ANIMAL HOSPITAL Praxisstempel/Anschrift & TelefonNr. Practice/Street, Address and Phone Number of Veterinarian
Danvers, MA 01922 978 7740045

 Unterschrift des Tierarztes Veterinarian's Signature

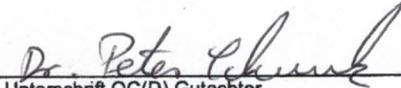
Dieses Formular ist an der Röntgenaufnahme (keine CD's – werden nicht ausgewertet) des Hundes zu befestigen (Schnellhefter, Klebeband oder dergleichen) keine OriginalAT mitgeben und die Röntgenaufnahme ist ohne Vorbeurteilung zu schicken an:

OC(D) Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.
Dr. Peter Schunk
Obere Rangenäcker 20
96476 Bad Rodach / Heldrith
Tel. 09564 92370 Fax 09564 923737 E-Mail: info@kleintierpraxis-bad-rodach.de
 Tierärzte, die über digitales Röntgen verfügen, bitte die Bilder über das Internetportal www.myvetsxl.com einschicken.

OC(D) Auswertung durch den Gutachter des VDD e.V. (nach FCI / GRSK e.V.)

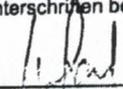
Befund Aw.Nr. **30146a, 15**

- OC(D) rechtes Schultergelenk: Ja Nein
- OC(D) linkes Schultergelenk: Ja Nein

21.5.2021 Datum  Unterschrift OC(D) Gutachter



ED Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.

Name des Hundes: Registered Name of Dog CELVN VOM KÜRBIS HAKEN		Geschlecht: Sex of Dog <input type="checkbox"/> Rüde Male <input checked="" type="checkbox"/> Hündin Female	
ZuchtbuchNr. Registration No. 243620	TätNr. Tattoo no. 243620	ChipNr. Chip No. 296093470243620	
<input type="checkbox"/> Brsch <input type="checkbox"/> Schwsch <input type="checkbox"/> Braun <input checked="" type="checkbox"/> Braun m. Abz.	Wurfdatum: Date of birth 21.09.2021	Hinweis für den Eigentümer: Die Auswertung der Aufnahme erfolgt erst nach Überweisung der Auswertungsgebühr in Höhe von 30,00 € auf das u. g. Konto. In diesem Betrag sind enthalten: Nettogebühr 25,21 € zzgl. 19 % MWST 4,79 € (bitte kein Bargeld o. Scheck beifügen). Als Verwendungszweck bitte Namen und Zuchtbuch Nr. des Hundes angeben.	
Name und Anschrift des Eigentümers Name and address of owner (Adressfeld zur Rücksendung der Beurteilung bitte gut lesbar ausfüllen)		ED-Auswertungsstelle VDD e.V. VR-Bank Coburg e.G. IBAN: DE87 7836 0000 0202 8283 59 BIC: GENODEF1COS	
Name IAN S. LAMBE		Der Eigentümer/die Eigentümerin des Hundes, sowie der die Röntgenaufnahme fertigende Tierarzt übertragen das Eigentum an der Röntgenaufnahme unwiderruflich auf den VDD e.V., was durch die nachfolgenden Unterschriften bestätigt wird.  Unterschrift des Eigentümers Owner's signature	
Straße Street 8 WOODLAWN ST.			
PLZ / Ort Zip Code/Name of town/city AMESBURY, MA 01913 (USA)			
Telephone: 978-815-0300	Email: islambe@gmail.com		

Tierärztliche Bescheinigung des Röntgentierarztes: Certificate of x-ray veterinarian

Ich bestätige hiermit, dass ich den o.g. Hund geröntgt habe. Die Röntgenaufnahme ist fälschungssicher mit dem Namen des Hundes, Deutsch-Drahthaar (DD), der ZuchtbuchNr./TätNr./ChipNr., Wurfdatum, Datum der Röntgenaufnahme und meinem Praxisstempel gekennzeichnet. Der Hund wurde ausreichend sediert.

I hereby certify that I have x-rayed the dog. The x-ray is forgery-proof with the name of the dog, DD registration/chip number, date of birth of the dog, date of the x-ray, and my practice stamp affixed thereto. The dog was sufficiently sedated.

DANVERS ANIMAL HOSPITAL
387 Maple Street
Danvers, MA 01929
Praxisstempel/Anschrift & TelefonNr. **978 774-0045**

Datum **06/05/2021**


Unterschrift des Tierarztes Veterinarian's Signature

Dieses Formular ist an der Röntgenaufnahme (keine CD's – werden nicht ausgewertet) des Hundes zu befestigen (Schnellhefter, Klebeband oder dergleichen) keine OriginalAT mitgeben und die Röntgenaufnahme ist ohne Vorbeurteilung zu schicken an:

ED Auswertungsstelle Verein Deutsch-Drahthaar e.V.

Dr. Peter Schunk
Obere Rangenäcker 20
96476 Bad Rodach / Heldrith

Tel. 09564 92370 Fax 09564 923737 E-Mail: info@kleintierpraxis-bad-rodach.de

Tierärzte, die über digitales Röntgen verfügen, bitte die Bilder über das Internetportal www.myvetstl.com einschicken.

ED Auswertung durch den Gutachter des VDD e.V. (nach FCI / GRSK e.V.)

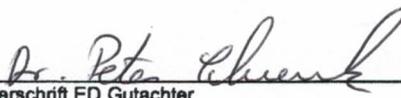
Befund Aw.Nr. **30146 c,d,e,f**

- Kein Hinweis für Ellenbogengelenkdysplasie
- Ellenbogengelenkdysplasie Grad I
- Ellenbogengelenkdysplasie Grad II
- Ellenbogengelenkdysplasie Grad III

21.5.2021

Datum

Unterschrift ED Gutachter



Praxisstempel

02.04.2018

