HD/ED UNTERSUCHUNGSFORMULAR
FÜR ÖSTERREICHISCHE PINSCHER

(ab einem Alter von 12 Monaten durchführbar)

Untersuchender Tierarzt		
Name des Hundes (lt. Ahnentafel)		**Geschlecht**
Zuchtbuch Nr.	**Chip Code**	**Wurfdatum**

Name und Anschrift des Eigentümers

Vorname	**Nachname**	**Titel**
Adresse	**PLZ**	**Ort**
Land	**Telefon**	**E- Mail**

Begutachtungsstellen

Ass.-Prof. Dr. med. vet. Michaela Gumpenberger

Veterinärmedizinische Universität Wien
Bildgebende Diagnostik
Veterinärplatz 1
1210 Wien
E-Mail: roentgenologie@vetmeduni.ac.at

Dr. med. vet. Horst Wagner

Statterdorfer Hauptstraße 150
3100 St. Pölten
E-Mail: vet.wagner@aon.at
www.horst-wagner.at
Bitte beachten sie den Befundungsauftrag!

Anmerkungen

Der **Röntgentierarzt** bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er vom KÖP anerkannter Arzt für Untersuchungen der Hüftgelenksdysplasie ist, dass er die Identität des Hundes überprüft hat und ihm der Abstammungsnachweis bzw. eine Kopie desselben vorgelegt wurde.

Der **Besitzer** des Hundes bestätigt mit seiner Unterschrift die Identität des Hundes und versichert, dass keine Korrekturoperationen durchgeführt wurden. Er erklärt sich mit der Eintragung der Durchführung der Röntgenuntersuchung auf der Ahnentafel einverstanden. Außerdem stimmt er zu, dass die bekanntgegebenen Daten vom Klub für Österreichische Pinscher automationsunterstützt erfasst, gespeichert, verarbeitet und in den jeweiligen Vereinsmedien veröffentlicht werden. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich per Post oder E-Mail widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum	Tierarzt	Tierbesitzer

Bitte senden Sie das vollständig und leserlich ausgefüllte und unterschriebene Formular per Mail an **office@oe-pinscher-klub.at** oder per Post an **Mag. Katharina Wetzstein (Zuchtreferentin), Ausstellungsstraße 1/8, 3100 St. Pölten**.