



Befundbogen Herzuntersuchungen

Vorgestellter Hund (vollständiger Name aus der Ahnentafel)	Name:	Rasse:			
Wurfstag:	Farbe:	Rüde	<input type="radio"/>	Hündin	<input type="radio"/>
ChipNr:	Name Hundehalter/Auftraggeber:	Vollständige Adresse incl. TelNr.			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die hier gemachten Angaben korrekt sind und auf den vorstehend bezeichneten vorgestellten Hund zutreffen. Ich bestätige die Kenntnisnahme der ZBB und deren Durchführungsbestimmungen sowie die Gebührenordnung des IHV in ihrer aktuellen Fassung. Ich nehme mit der folgenden Unterschrift zur Kenntnis, dass die Ergebnisse der Untersuchung dem IHV und dessen zuständigen Zuchtwarten/Funktionären mitgeteilt und auf unbestimmte Zeit im IHV archiviert werden können.

Datum/Ort:..... Unterschrift des Züchters:

Bestätigung des untersuchenden Tierarztes:

Kontrolle der Chipnummer:	richtig	<input type="checkbox"/>	falsch	<input type="checkbox"/>	fehlt	<input type="checkbox"/>	sonst.	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------

Befund Auskultation: _____

EKG:

Herzfrequenz: (min ⁻¹)	T-Welle: (mV)	QT-Dauer: (sec)	ST-Segment (mV)
P-Welle: (mV)	PQ-Dauer: (sec)	R-Zacke: (mV)	Q-Zacke: (mV)
S-Zacke: (mV)	QRS-Dauer: (mV)		

Echokardiographie:

HF: (min ⁻¹)	- M mode	LVDs: (mm)	LVDd: (mm)
FS: (%)	PWs: (mm)	PWd: (mm)	IVs: (mm)
IVSd: (mm)	EPSS: (mm)	Aod: (mm)	Las: (mm)
- 2D:	Ras: (mm)	Las: (mm)	RVDd: (mm)

Doppler:

Mitralklappe	Insuffizienz:	keine	<input type="checkbox"/>	gering	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	hoch	<input type="checkbox"/>
Trikuspidalklappe	Insuffizienz:	keine	<input type="checkbox"/>	gering	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	hoch	<input type="checkbox"/>
Aortenklappe	(parasternal):	Vmax:	(msec)	Fluß:	laminar		turbulent		
Pulmonalklappe:		Vmax:	(msec)	Fluß:	laminar		turbulent		

Angeborene Herz- und Gefäßveränderungen:

keine	<input type="checkbox"/>	Ductus arteriosus Botalli persistens	<input type="checkbox"/>	Mitralklappendysplasie	<input type="checkbox"/>	Aortenstenose	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	Trikuspidalklappendysplasie	<input type="checkbox"/>	Ventrikelseptumdefekt	<input type="checkbox"/>	Pulmonalstenose	<input type="checkbox"/>

Diagnose(n): _____

<p>Ich bestätige als untersuchender Tierarzt, dass ich den o.g. Hund auf Kosten des Hundeeigentümers/Züchters entsprechend untersucht habe und keinerlei Forderungen mehr aus dieser Handlung/Behandlung bestehen; die Chipnummer des untersuchten Hundes mit der der vorgelegten Ahnentafel übereinstimmt und die hier hinterlegten Angaben korrekt sind.</p>	<p>Name / Adresse / Stempel, Datum der Untersuchung und Unterschrift des Tierarztes.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------