

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

Name des Hundes: Registered Name of Dog <i>Oude II vom Wirehaus</i>		Geschlecht: Sex of Dog <input checked="" type="checkbox"/> Rüde Male <input type="checkbox"/> Hündin Female	
ZuchtbuchNr. Registration No. <i>245753</i>	TätNr. Tattoo No. <i>245753</i>	ChipNr. Chip No. <i>276093420245753</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Brsch <input type="checkbox"/> Schwsch <input type="checkbox"/> Braun <input type="checkbox"/> Braun m. Abz.		Wurfdatum: Date of birth <i>24.01.2021</i>	
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 69 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 <i>Dr. Jack L. Wilson</i>		 Unterschrift des Eigentümers/Owner's Signature	
Straße Street <i>1721 S. Cleveland Ave.</i>			
PLZ / Ort Zip Code/Name of town/city <i>Sioux Falls, SD 57103</i>			
Phone: <i>605-533-4451</i> Email: <i>Wirehaus@gmail.com</i>			

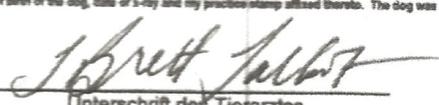
Tierärztliche Bescheinigung des Röntgentierarztes: Certificate of x-ray veterinarian

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 Praxistempel 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.

25 Apr 2022
Datum Date

Animal Care West Veterinary Hospital
4605 South Midland Drive
West Haven, UT 84401-9507
 Praxistempel/Anschrift & TelefonNr.
 Practice Stamp, Address and Phone Number of Veterinarian


 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 Rangenaeker 20
 96476 Bad Rodach / Heldritt
 Tel. 09564 92370 Fax 09564 923737 E-Mail:
 Tierärzte, die über digitales Röntgen verfügen, bitte die Bilder über das Internetportal einschicken.

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

Befund Aw.Nr. *31234 a,b*

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

24.06.2022
 Datum

Dr. Peter Schunk
 Unterschrift OC(D) Gutachter

