

Röntgenprotokoll/X-Ray Record

**Kat.-Vorauswahl-Nr./
Cat. No. Pre-selection:** _____

Hersteller, Datum Aufnahmen/ Producer, date x-rays: _____

Eigentümer/Owner: _____

Lebensnr./Life no.: _____ Farbe/Color: _____

Abstammung/Pedigree: _____

Aufnahme X-rays	o.b.B. w.s.f.	Befundbeschreibung Findings	Risiko Risk
V. L. Oxspring			
L.F. navicular			
V. R. Oxspring			
R.F. navicular			
V. L. Huf 90°			
L.F. hoof 90 °			
V.R. Huf 90°			
R.F. hoof 90°			
V. L. Zehe 90°			
F.L. foot 90°			
V. R. Zehe 90°			
F.R. foot 90°			
H. L. Zehe 90°			
L.H. foot 90°			
H. R. Zehe 90°			
R.H. foot 90°			
Sprggl. L. 0°			
L. tarsal joint 0°			
Sprggl. R. 0°			
R. tarsal joint 0°			
Sprggl. L. 45°			
L. tarsal 45°			
Sprggl. R. 45°			
R. tarsal 45°			
Sprggl. L. 115°			
L. tarsal 115°			
Sprggl. R. 115°			
R. tarsal 115°			
Knie 90° L.			
L. stifle joint 90°			
Knie 90° R.			
R. stifle joint 90°			
Knie 180° L.			
L. stifle joint 180°			
Knie 180° R.			
R. stifle joint 180°			
* Sonstige Aufnahmen: * Additional:			

o.b.B. = ohne besonderen Befund / w.s.f. = without significant findings

Untersuchender Tierarzt:

Name