

Prof. Dr. Ottmar Distl
 Institut für Tierzucht und Vererbungsforschung
 Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover
 Bünteweg 17p
 30559 Hannover
 Fax: 0511-953-8582
 E-Mail: ABGLab@tiho-hannover.de

Laboreingang

Labornummer

Dogge

Bestätigung am

Gendiagnose für die Faltdoggenerkrankung

Identifikation des Tieres (Bitte Abstammungsnachweis beifügen!)

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|----------|-------------------|--|
| Name und Zwingername | | | Geburtsdatum | |
| Geschlecht | männlich | weiblich | Tätowiernr. | |
| Zuchtbuchnr. | | | Chipnr. | |
| Anzeichen für Faltdoggenerkrankung? | starke Hautfalten | | andere Anzeichen: | |

Angaben zu den Eltern des Hundes

| | | | |
|---------------------|--|-----------------|--|
| Vater Zuchtbuchnr. | | Name des Vaters | |
| Mutter Zuchtbuchnr. | | Name der Mutter | |

Besitzerdaten

| | | | |
|---------|--|-------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Straße | | PLZ und Ort | |
| Telefon | | Email | |

Angaben zum HD-, ED- und OCD-Status des Hundes (freiwillig)

| Röntgendatum | | HD-Befund | A | B | C | D | E | OCD-Befund | frei | OCD |
|--------------|--|-----------|---------|---|---|------|-------|------------|------|-----|
| | | ED-Befund | ED-frei | | | ED-I | ED-II | ED-III | | |

Angaben zum Herzstatus des Hundes (freiwillig)

| | | | |
|----------------|------------------------------|----------------------|----------------|
| Untersucht am: | Herz-Ultraschall unauffällig | DCM nach Ultraschall | DCM – klinisch |
|----------------|------------------------------|----------------------|----------------|

Antrag auf Gendiagnose und Einverständniserklärung (bitte ankreuzen!)

Hiermit beauftrage ich Sie mit der kostenpflichtigen Durchführung des Gentests für die

Faltdoggenanomalie (56 €)

Nach Eingang der Anforderung wird die Qualität der Blutprobe geprüft und danach die Rechnung zugesandt.

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Durchführung der Gendiagnose an dem o.g. Tier und der Verwendung der Testergebnisse sowie des Probenmaterials für wissenschaftliche Untersuchungen einverstanden.

Alle Daten und Ergebnisse werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert.

| | | | |
|-------|--|--------------|--|
| Datum | | Unterschrift | |
|-------|--|--------------|--|

Bestätigung der Identitätsprüfung/Probennahme durch den Tierarzt

Hiermit bestätige ich, dass ich von dem oben genannten Tier eine EDTA-Blutprobe (3-5 ml) entnommen und mit der Zuchtbuch- und/oder Chipnummer und dem Namen des Tieres gekennzeichnet habe.

| | | | |
|-------|--|---|--|
| Datum | | Praxisstempel und Unterschrift Tierarzt | |
|-------|--|---|--|