

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	Blut
Labornummer	Hund_DD
Bestätigung am	

DNA-Bank und Gendiagnosen: vWD Typ 2, Rauhaar HD, ED, OC(D) und CMO

Identifikation des Tieres (Bitte Abstammungsnachweis beifügen!)

Name - Zwingername			
Geschlecht	männlich weiblich	Geburtsdatum	
Zuchtbuchnr.		Chipnr.	

Angaben zu den Eltern des Hundes

Vater Zuchtbuchnr.		Name Vater	
Mutter Zuchtbuchnr.		Name Mutter	

Eigentümer des Hundes

Vorname		Nachname	
Straße		PLZ/Ort	Land
Telefon		Email	

Angaben zum HD-, ED- und OC(D)- Status des Hundes

Röntgendatum	HD-Befund	A	B	C	D	E	OC(D)-Befund	frei	OC(D)
	ED-Befund	ED-frei		ED-I		ED-II		ED-III	

Angaben zur Haarstruktur und CMO (craniomandibuläre Osteopathie)

Rauhaar, deutlicher Bart	Rauhaar, weniger Bart	wolliges Fell, Bart	wolliges Fell, kein Bart	Kurzhaar
CMO-Kontrolle (frei)	CMO betroffen	Kiefer schmerzhaft	Verdickungen am Kiefer	andere Knochen schmerzhaft
Verdickungen an anderen Knochen	 Alter bei ersten Symptomen		

Antrag auf Gendiagnose: Willebrand Typ 2, Rauhaar, HD, ED, OC(D), CMO (bitte ankreuzen)

Als Eigentümer des Hundes beauftrage ich Sie mit der kostenpflichtigen Durchführung des Gentests für **von Willebrand Typ 2 (35€) Rauhaar (35€) HD,ED,OC(D) und andere für insgesamt (130€)**
 Nach Eingang der Anforderung wird die Qualität der Blutprobe geprüft und danach die Rechnung zugesandt.

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--

Einverständniserklärung des Eigentümers des Hundes

Ich stimme der Verwendung der Testergebnisse sowie des Probenmaterials durch die TiHo Hannover für wissenschaftliche Zwecke zu. Außerdem erlaube ich als Eigentümer des o.g. Hundes dem VDD zur Zuchtlenkung ausdrücklich die vereinsinterne Verwendung und Veröffentlichung der Ergebnisse.

Datum		Unterschrift Eigentümer	
-------	--	-------------------------	--

Bestätigung der Identitätsprüfung/Probennahme durch den Tierarzt

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

Datum		Praxisstempel und Unterschrift	
-------	--	--------------------------------	--