

Elitezuchtverband Germany e.V
 Zuchtbeamte
 Sarah-Mandy Wagner
 Burdiekskamp 3
 49401 damme

Name des Hundes: _____ Rasse: _____

Chip Nr.: _____ ZB-Nr.: _____

Geschlecht: _____ Wurfstag: _____

Besitzer(Name/Anschrift): _____

Befund des untersuchenden Tierarztes:

OCD	OCD
Linkes Schultergelenk	Rechtes Schultergelenk
<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> frei
<input type="radio"/> verdacht	<input type="radio"/> verdacht
<input type="radio"/> nicht frei	<input type="radio"/> nicht frei

Bemerkungen:

Der unterzeichnende Tierarzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er die Identität des Hundes überprüft hat und die Chipnummer mit der, in der Ahnentafel vermerkten Chipnummer übereinstimmt. Datum & Unterschrift	Stempel & ggfs. Adresse Tierarzt
---	----------------------------------