

BBSC Berger Blanc Suisse Club e.V.

eingetragen beim Amtsgericht Potsdam

Bitte einsenden an:

Zuchtbuchamt des BBSC

Ahornweg 17, 14913 Niedergörsdorf

Tel.: 0049 – (0)33741/809790 • eMail: weissertraum@freenet.de



BERGER BLANC SUISSE CLUB
e.V.

Herzultraschall

<input type="radio"/> Rüde	<input type="radio"/> Hündin
Name des Hundes (aus der Ahnentafel):	
Geworfen am:	
ChipNr.:	
Anschrift Hundehalter / Auftraggeber:	
Telefon:	
eMail:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die hier gemachten Angaben korrekt sind und auf den vorstehend bezeichneten Hund zutreffen. Ich bestätige die Kenntnisnahme der ZO und deren Durchführungsbestimmungen sowie die Gebührenordnung des BBSC in ihrer aktuellen Fassung. Ich stimme mit der folgenden Unterschrift zu, dass die Ergebnisse dem BBSC e.V. auf unbestimmte Zeit zur Verfügung stehen, genutzt und im BBSC e.V. archiviert werden können, sowie in den Vereinsorganen des BBSC e.V. veröffentlicht werden dürfen.

Datum/Ort: Unterschrift des Besitzers:

Eintragung des Tierarztes:

Befund Auskultation: _____

EKG:

Herzfrequenz: (min-1)	T-Welle: (mV)	QT-Dauer: (sec)	ST-Segment (mV)
P-Welle: (mV)	PQ-Dauer: (sec)	R-Zacke: (mV)	Q-Zacke: (mV)
S-Zacke: (mV)	QRS-Dauer: (mV)		

Echokardiographie:

HF: (min-1)	- M mode	LVDs: (mm)	LVDd: (mm)
FS: (%)	PWs: (mm)	PWd: (mm)	IVs: (mm)
IVSd: (mm)	EPSS: (mm)	Aod: (mm)	Las: (mm)
- 2D:	Ras: (mm)	Las: (mm)	RVDd: (mm)

Doppler:

Mitralklappe Insuffizienz:	keine <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>
Trikuspidalklappe Insuffizienz:	keine <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>
Aortenklappe (parasternal):	Vmax: (msec)	Fluß:	laminar <input type="checkbox"/>	turbulent <input type="checkbox"/>
Pulmonalklappe:	Vmax: (msec)	Fluß:	Laminar <input type="checkbox"/>	turbulent <input type="checkbox"/>

Angeborene Herz- und Gefäßveränderungen:

keine <input type="checkbox"/>	Ductus arteriosus Botalli persistens <input type="checkbox"/>	Mitralklappendysplasie <input type="checkbox"/>	Aortenstenose <input type="checkbox"/>
andere <input type="checkbox"/>	Trikuspedalklappendysplasie <input type="checkbox"/>	Ventrikelseptumdefekt <input type="checkbox"/>	Pulmonalstenose <input type="checkbox"/>

Diagnose(n):

Ich bestätige als untersuchender Tierarzt, dass ich den o.g. Hund auf Kosten des Hundeeigentümers/Züchters entsprechend untersucht habe und keinerlei Forderungen mehr aus dieser Handlung/Behandlung bestehen; die Chipnummer des untersuchten Hundes mit der der vorgelegten Ahnentafel und des untersuchten Tieres übereinstimmt und die hier hinterlegten Angaben korrekt sind.

Name / Adresse / Stempel, Datum der Untersuchung und Unterschrift des Tierarztes