



Rasse: Wooikerhondje Rassezuchtverein: Deutscher Club P. Wooikerhondje e.V.
 Eigentümer: A. Mahlich
 PLZ / Wohnort: 89520 Heidenheim Straße: Haus-Zeiler Str. 7
 Name des Hundes: Amicello Thamy v. Fantasieschloß männlich weiblich
 Wurfstag: 29.09.2014 Chip-Nr. / Tätö-Nr.: 276096909219481 ZB.-Nr.: VDH/DCU/14/162/13

Hiermit bestätige ich die Identität des oben genannten Hundes. Ich versichere, dass keine Korrekturoperationen im Bereich der Hintergliedmaßen vorgenommen worden sind.

Nürnberg 9.1.16 Ort, Datum Mahlich Unterschrift des Eigentümers

Datum der Untersuchung: 9.1.16 1. Untersuchung Nachuntersuchung

| | rechts | | links | |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | nein | ja | nein | ja |
| I. Adspektion in Bewegung | | | | |
| Lahmheit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| dauernd | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| intermittierend | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II. Adspektion im Stand | | | | |
| Achsenabweichung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III. Palpation (stehendes Tier) | | | | |
| Patella luxierbar | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral |
| IV. Palpation (liegendes Tier) | | | | |
| Patella luxierbar | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral |
| ohne Rotation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| allein durch Tibiarotation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/> lateral |
| Krepitation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crista tibiae Abweichung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. Beurteilung

- Grad 0:** Die Patella kann in keiner Position vollständig aus dem Sulcus trochlearis gedrückt werden.
- Grad 1:** Die Patella kann vollständig luxiert werden; spontane Reposition bei Einstellen des Druckes.
- Grad 2:** Die Patella kann vollständig luxiert werden. Eine Bewegung der Hintergliedmaße oder manueller Druck führen zur Reposition.
- Grad 3:** Die Patella wird luxiert vorgefunden. Eine Reposition ist möglich. Einstellen des Drucks bewirkt erneutes Luxieren.
- Grad 4:** Die Patella ist permanent luxiert. Eine Reposition ist nicht möglich.

Wiederholungsuntersuchung empfohlen: nein ja

Bemerkungen:

Der unterzeichnende Tierarzt versichert, dass er die Identität des Hundes überprüft hat, ihm der Original-Abstammungsnachweis vorgelegt wurde und die roten und blauen Durchschläge des Untersuchungsbogens der zuständigen zentralen Erfassungsstelle zugeleitet werden.

Dr. med. vet. Peter Schunk

Obere Rangacker 20
93474 Bad Rodach-Heidgrift

email: info@kleintierpraxis-bad-rodach.de

- Verteiler:
1. Eigentümer (weiß)
 2. Rassezuchtverein (rot)
 3. zentrale Erfassungsstelle (blau) *
 4. Tierarzt (gelb)

Nürnberg 9.1.16
Ort, Datum

Peter Schunk
Unterschrift, Praxisstempel
(Praxisstempel bitte auch auf Durchschlägen einfügen)

Tier animal

Name **Amicello Thamy vom Fantasienschloss**

Rasse **Kooikerhondje** Zuchtverband **Deutscher Club für Kooikerhondje e.V.**

Zuchtbuch Nr. **VDH/DCK 14/162 1359** Farbe **weiß mit roten Platten**

Mikrochip Nr. **276096909219481** Tätowier Nr.

Wurfdatum **29 - 09 - 2014** Geschlecht Weiblich Männlich

Bisherige Untersuchungen Nein Ja Frei Zweifelhaft Nicht frei

Wenn abnormal: DNA-Tests: Nein Ja Typ, Datum

Eigentümer/Besitzer owner/agent

Name **Alexandra Mahlich**

Adresse **Hans-Zeitler-Str. 7**

Land, PLZ **DE 89520** Wohnort **Heidenheim**

Der Unterzeichnende ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes (DOK) und des European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) einverstanden und bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist. Er stimmt der elektronischen Speicherung dieses Zertifikates durch den DOK und seine Vertragspartner ausdrücklich zu und genehmigt die Weiterleitung des Zertifikates an den oben angegebenen Zuchtverband. Er ist mit Auswertung der nachfolgenden Untersuchungsergebnisse einverstanden und erlaubt anonymisierte Veröffentlichungen der Untersuchungsergebnisse durch den DOK, das ECVO und deren Vertragspartner.

Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer
 date, signature owner/agent

Untersuchung examination

Datum **09 - 01 - 2016**

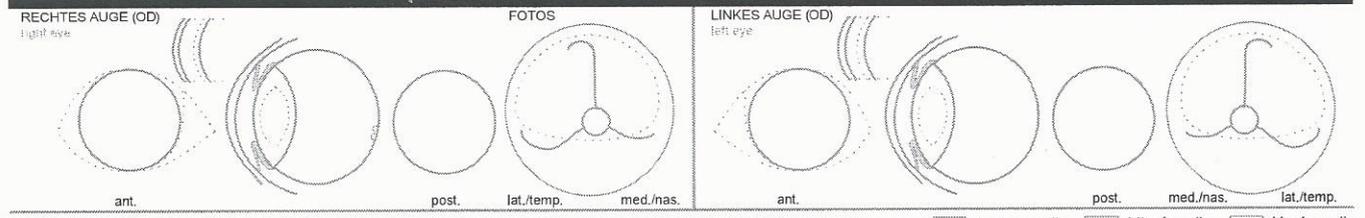
Standardmethode: **Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie ≥10x**

Zusätzlich: Direkte Ophthalmoskopie Gonioskopie (ohne Mydriatikum) Tonometrie (ohne Mydriatikum) Foto

Kontrolle der Tätowierung Richtig Teilweise/unleserlich Falsch Fehlt Ohne

Kontrolle des Mikrochips Richtig Falsch Fehlt Ohne

Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.



Anmerkungen: **Augenerkrankung Nr.:** Geringgradig Mittelgradig Hochgradig

N.B.: Nicht frei von **Name der Erkrankung/Die Erblichkeit ist bei dieser Rasse nicht definitiv geklärt.**

| Ergebnisse für wahrscheinlich erbliche Augenerkrankheiten: results for the presumed hereditary eye diseases | Bescheinigt für 12 Monate results valid for 12 months | | |
|---|---|--------------------------|---|
| | * FREI | ** ZWEIFELHAFT | * NICHT FREI |
| 1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHT VL/PHPV) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Katarakt (kongenital) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Retinadysplasie (RD) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hypoplasie-/Mikropapille | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Collie Augenanomalie (CEA) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sonstige: other | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dyspl. L.pectinatum Abnormalität (nur nach Gonioskopie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Cortikal <input type="checkbox"/> Pol. post. <input type="checkbox"/> Sutura ant. <input type="checkbox"/> Punctata <input type="checkbox"/> Nuklearis <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Erklärungen interpretation

* "Frei": Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. "Nicht frei": Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung sind vorhanden.

** Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.

*** Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in Monaten.

Für weitere Information bitte wenden an: Untersucher examiner

Der/Die Unterzeichnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.

Name **Dr. Peter Schunk**

Ort **Bad Rodach/Heldrith**

05-2013 © ECVO

Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO



UNIVERSITEITSKLINIEK VOOR GEZELSCHAPSDIEREN

DNA-Untersuchung auf:

- Von Willebrand Erkrankung (VWD)
 Erbliche Nekrotisierende Myelopathie (ENM)
 (bitte ankreuzen)

138

D24214 2,5

2-3

Erklärung

Der Unterzeichnende,

Name *Mahllich, Alexandra*
 Strasse *Heidenheimer Str. 21* Hausnummer
 Postleitzahl *89520 Heidenheim* Ort
 Land *Deutschland* Telefonnummer *07321/965547*
 e-mail *Klaus.mahllich@t-online.de*

Besitzer/Züchter des wie folgt beschriebenen Hundes

Name Hund *Amicello Shamy vom Fantasieschloss* Geschlecht m / w
 Rasse *Kooikerhondje* Geburtsdatum *29.09.2014*
 Chip-/Täto-nummer *276096909219481* Zuchtbuchnummer *VDH/DCK 14/162 1*

- Erklärt, diesen Hund dem unten angegebenen Tierarzt vorgestellt zu haben für die Blutabnahme zum Zweck der DNA-Untersuchung. **ODER:**
 Erklärt, dass dieser Hund schon eher getestet wurde auf VWD unter der Nummer
 (Die Nummer steht auf dem Aufkleber auf dem Ergebnis).
 (Bitte ankreuzen)

Mir ist bekannt, dass die Ergebnisse der Untersuchung in Verbindung mit der Identität des Hundes veröffentlicht werden. Die Besitzerdaten werden nicht weiter gegeben. Die DNA darf für andere veterinärmedizinische Forschungszwecke verwendet werden.

Unterschrift:

A. Mahllich

Der unterzeichnende (Name) _____ Tierarzt in _____, erklärt dass er am (Datum) _____ einige Milliliter Blut abgenommen hat von dem oben beschriebenen Hund.
 Die Identität des Hundes wurde anhand des Chips/der Tätowierung bestätigt.

Datum: *25.01.16*

Unterschrift:

[Signature]
 Tierarztpraxis Schnaitheim
 Sophia Linke, Prakt. Tierärztin
 Nattheimerstraße 70
 89520 Heidenheim
 T: 07321/277277

Vier Milliliter Blut abnehmen in ein EDTA-Röhrchen und gut mischen. Auf dem Röhrchen den Namen des Hundes vermelden. Bei Zimmertemperatur verschicken in einem verstärkten Briefumschlag. Für jedes Tier ein Formular ausfüllen.

Adresse:

UVDL
 DNA diagnostics
 PO Box 85422
 NL 3508 AK Utrecht
 Die Niederlande

BITTE die Daten des Hundes noch einmal einfüllen

Name Hund *Amicello Thamy vom Fantasieschloss*

Rasse *Wooikerhondje*

Chip-/Täto-num 
276096909219481

Zuchtbuchnummer *VDH/DCK 14/162 1*

Der Unterzeichnende, Dr. P.A.J. Leegwater, Genetiker an der Universitätsklinik für Gesellschaftstiere, erklärt dass die Untersuchung des Blutes, das ihm zugeschickt wurde und markiert war als zugehörig zu dem oben stehenden Hund, die folgenden Eigenschaften ergibt.

Bezüglich der Von Willebrand - Erkrankung:

- Nichts weist darauf hin, dass der Hund Träger oder Leider an dieser Krankheit ist.
- Der Hund ist ein homozygoter Leider, hat daher sehr wahrscheinlich eine erhöhte Blutungsneigung und wird die Krankheit an Nachkommen vererben.
- Der Hund ist ein heterozygoter Träger der Erkrankung, hat selber wahrscheinlich keine bis wenig erhöhte Blutungsneigung aber kann die Erkrankung an seine Nachkommen durchgeben.

Bezüglich der Erbliehen Nekrotisierenden Myelopathie:

- Nichts weist darauf hin, dass der Hund Träger oder Leider an dieser Krankheit ist.
- Der Hund ist ein homozygoter Leider und wird daher sehr wahrscheinlich die Krankheit in jungem Alter entwickeln.
- Der Hund ist ein heterozygoter Träger der Erkrankung und kann die Erkrankung an Seine Nachkommen durchgeben.

Datum: *25.01.16*

Unterschrift:

6-4-2016

