



## Voranmeldung zur Reihenuntersuchung *Pre-registration for screening*

gewünschte Untersuchung:

*Desired examination:*

Erbliche Augenerkrankung

*Hereditary eye disease*

Patellaluxation

*Patellar luxation*

Ort der Zuchtschau:

*Location of dog show:*

Name des Hundes:

*Name:*

Geschlecht:

*Sex:*

Hündin

*Female*

Rüde

*Male*

Rasse:

*Breed:*

Zuchtverein:

*Breeding association:*

Zuchtbuch-Nr.:

*Stud book number:*

Farbe:

*Colour:*

Mikrochip-Nr.:

*Microchip-number:*

Wurfdatum:

*Birth date:*

Name des Besitzers:

*Name of owner:*

Straße und

Hausnummer:

*Address:*

PLZ/ Ort:

*Post code, Place:*

Datum, Ort

*Date, Place*

Unterschrift

*Signature*

- Bitte das ausgefüllte Formular per Mail zurücksenden und Ahnentafel in Original oder als Kopie zur Untersuchung mitbringen.

*Please return the completed form by mail and bring pedigree in original or as copy to the examination.*

- Falls Befunde früherer Untersuchungen vorliegen, diese bitte zur Untersuchung mitbringen.

*If findings from previous examinations are available, please bring them with you to the examination.*

- Bitte beachten Sie, dass es vor Ort dennoch zu Wartezeiten kommen kann.

*Please note that there may still be waiting times on site.*