



Dysplasiezentrum Gießen GbR (DZG) - Schubertstraße 42 - 35392 Gießen

Herrn und Frau
Joao & Ines Silva & Frohn
Vila Amélia, lote 513
2950-805 Quinta do Anjo
Portugal

Dysplasie - Zentrum Gießen GbR

Dr. Bernd Tellhelm

Schubertstraße 42
35392 Gießen

Tel. 0641 920 39 81

Fax 0641 920 39 82

Datum **13.10.2021**

Kunde **10921**

Rechnung **202112563**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Beurteilung aufgeführter Hunde, erlauben wir uns Ihnen nachfolgende Positionen in Rechnung zu stellen:

Rechnung 202112563

Das Rechnungsdatum entspricht dem Leistungsdatum

| Pos | Art-Nr. | Bezeichnung | Menge | Einzelpreis | Betrag |
|-------------------------|---------|------------------------------------|-------|-------------|----------------|
| 1 | P-HD/ED | HD/ ED Bearbeitung Privatgutachten | 1 | 45,00 | 45,00 € |
| "Miss Akira" Altdts. SH | | | | | |
| Nettobetrag | | | | | 45,00 € |
| Umsatzsteuer 19% | | | | | 8,55 € |
| Rechnungsbetrag | | | | | 53,55 € |

Vielen Dank für Ihren Auftrag!

Bitte begleichen Sie den offenen Betrag bis zum 03.11.2021.

Mit freundlichen Grüßen

Dysplasiezentrum Gießen GbR (DZG)

Privatgutachten ~~XXX~~ Altdts. SH

Name d. Hundes: Miss Akira Rüde Hündin
ZB Nr.: _____ gew.: 20.06.2019 Chip: 616099000000476
Eigentümer: Joao Silva & Inês Frohn, PT
Anschrift: _____
Telefon: _____ Datum der Röntgenaufnahme: ?

Unterschrift des Eigentümers/ Besitzers

Bestätigung des Röntgentierarztes

- Die Ahnentafel wurde vor der Anfertigung der Röntgenaufnahme vorgelegt.
Die HD Röntgenuntersuchung ist in dieser vermerkt.
- Die Identität des Hundes wurde überprüft; sie ist mit der in der Ahnentafel identisch.
- Der untersuchte Hund wurde ausreichend bis zur Muskelentschlaffung sediert:

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: ?

Befund der HD/ ED/ OCD- Beurteilungsstelle (nicht des Röntgentierarztes)

| HD Beurteilung | LÜW Beurteilung | Osteochondrose Beurteilung (L7:S1) |
|--|--|--|
| A Normal <input checked="" type="checkbox"/> | Kein Übergangswirbel <input checked="" type="checkbox"/> | Kein Hinweis auf OC <input type="checkbox"/> |
| B Fast normal <input type="checkbox"/> | LÜW Typ 1 <input type="checkbox"/> | Hinweis auf OC <input type="checkbox"/> |
| C Noch zugelassen/ leichte HD <input type="checkbox"/> | LÜW Typ 2 <input type="checkbox"/> | |
| D Mittlere HD <input type="checkbox"/> | LÜW Typ 3 <input type="checkbox"/> | |
| E Schwere HD <input type="checkbox"/> | | |

HD Beurteilung abgelehnt wegen:

- mangelh. Lagerung mangelh. Qualität

ED Beurteilung

- normal / ED 0
fast normal
noch zugelassen/ ED 1
mittlere ED/ED 2
schwere ED/ ED 3

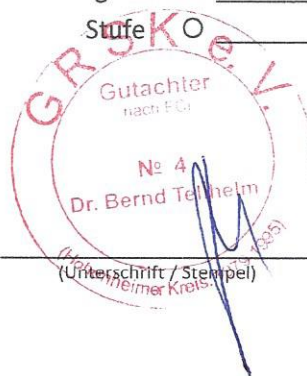
ED Beurteilung abgelehnt wegen:

- mangelh. Lagerung mangelh. Qualität

- OCD
FCP
IPA
unvollständige IPA
Coronoiderkrankung
Arthrosegrad _____
Stufe _____

Mangelhafte Bildqualität

Datum: 12.10.2021 Gutachter (in): _____



(Unterschrift / Stempel)