



BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG

Name des Hundes		Rasse:		<input type="radio"/> Rüde/ <input type="radio"/> Hündin Bitte entsprechend ankreuzen
Name Hundehalter		Adresse: Hundehalter		
Zuchtbuch-Nr.		Wurfdatum:		Farbe/Kennzeichen, ChipNr.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE:

RECHTS			LINKS		
temp.			temp.		
Foto: <input type="checkbox"/> JA	Ant.	Post.	Foto: <input type="checkbox"/> JA	Ant.	Post.

Der unterzeichnende Tierarzt hat den o.g. Hund heute im Rahmen des Programms zur Bekämpfung erblicher Augenkrankheiten untersucht und dabei folgendes festgestellt.

<input type="checkbox"/> Linsenluxation	<input type="checkbox"/> Korneadystrophie	<input type="checkbox"/> Dysplastisches Ligamentum pectinatum	<input type="checkbox"/> Rechts.	<input type="checkbox"/> Links
<input type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/> Primärglaukom	<input type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/> Ektropium	<input type="checkbox"/> Mikrophthalmie
Collie Eye Anomalie	CEA	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Retinadysplasie	RD	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Persist. Hyperpl.-Tunica Vasc.	PHTV/PH PV	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Grauer Star	Katarakt	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Hypoplasie mikropapille		<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei
Progressive Retina Atrophie	PRA	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> zweifelhaft	<input type="checkbox"/> nicht frei

UNTERSUCHUNGSTECHNIK:

(bitte verwendete Technik ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Mydriatikum	Ophthalmoskopie <input type="checkbox"/> dir. <input type="checkbox"/> indir.	<input type="checkbox"/> Spalllampe	<input type="checkbox"/> Tonometrie	<input type="checkbox"/> Gonioskopie
--------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Besondere Bemerkungen : _____

Die Identität des Hundes wurde überprüft, eine Kopie des Abstammungsnachweises wurde vorgelegt und wird dem ZBA mit diesem Befund zugestellt. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Nutzung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten innerhalb der WSIG e.V. und dem IHV e.V. ein. Die Datenschutzbestimmungen habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Der unterzeichnende Tierarzt bestätigt, dass er über die erforderlichen Instrumente/Ausrüstung/direktes und indirektes Ophthalmoskop, Spalllampe sowie über das spezielle Fachwissen zur Beurteilung erblicher Erkrankungen des Auges verfügt.

Unterschrift Eigentümer: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____
Stempel des Tierarztes



EINWILLIGUNG für die VERÖFFENTLICHUNG und NUTZUNG von ZÜCHTER - und BEFUND DATEN HUND

Der Vereinsvorstand der WSIG e.V. und des IHV e.V. weist hiermit darauf hin, dass ausreichende technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes im getroffen wurden. Dennoch kann bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Daten in vernetzten Datenbanken (Internet) ein umfassender Datenschutz nicht garantiert werden. Daher nimmt der Züchter die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst, dass:

- die personenbezogenen Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen,
- die Vertraulichkeit, die Integrität (Unverletzlichkeit), die Authentizität (Echtheit) und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert ist.

Der Züchter trifft die Entscheidung zur Veröffentlichung seiner Daten in den notwendigen Datenbanken (Internet) freiwillig und kann seine Einwilligung gegen über dem Vereinsvorstand des WSIG / IHV und jedes beteiligten Arztes / Gutachters jederzeit widerrufen.

Mit der Unterschrift unter der Genehmigung zur Datennutzung akzeptiert der Züchter die Erfassung seiner Daten und der Daten seiner Hunde sowie aller Daten die zur Erfüllung der veterinärmedizinischen Befunde, der Zucht - und Vereinszwecke notwendig sind. Ich habe Kenntnis davon das einige meiner erfassten Daten der Aufbewahrungspflicht unterliegen und nicht vor Ende dieser gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gelöscht werden dürfen.

Erklärung

Ich bestätige das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass der IHV Internationale Hunde Verband e.V. sowie alle beteiligten Veterinärmediziner, Gutachter und Tierkliniken folgende Daten in vernetzten Datenbanken (Internet) veröffentlichen und dem Vereinszweck entsprechend speichern darf (die Genehmigung trifft auf alle durch mich eingetragene Angaben und die durch mich angekreuzten Daten zu)

Name eintragen	Vorname eintragen
Str., Hausnr. eintragen	PLZ, Ort eintragen
Telefonnr. eintragen	E- Mail eintragen

ACHTUNG: Wenn sie die Speicherung und Verarbeitung von eigenen und fremden Bildern/Bilddatein, der Hunderasse und/oder der sonstigen Daten nicht bestätigen können Ihre (Untersuchungs -) /Aufträge nicht bearbeitet werden.

Bitte nachfolgend ankreuzen, für was die Einwilligung im Weiteren gilt:

eigene Bilde/Bilddatein fremde Bilder/Bilddatein Hunderassen Zwingernamen

sonstige Daten (z.B. namentliche Erwähnung in Berichten, Leistungsergebnisse, Lizenzen, Ausstellungskatalogen, Wurfdaten, Gesundheitsdaten der Hunde, Welpendatenbank, Züchterdatenbank, Deckrüdenverzeichnis, Werbeaufträge des IHV usw.)

Die Einwilligungserklärung gilt nur für (Nicht gewollte Internetseiten des Verbandes bitte streichen):

• Internetseiten und Datenbanken der WSIG – Weisse Schäferhunde Interessen Gemeinschaft e.V. des IHV Internationaler Hunde Verband e.V. (zum Beispiel : www.bergerblanc-suisse.de www.hundeverband.info, www.internationaler-hundeverband.de, www.breedmaster.usw.)

•beauftragte Untersuchungstierärzte/ Tierkliniken

•beauftragte Gutachter und deren Organisationen

(zum Beispiel: GRSK, Collegium Cardium, DortmunderKreis, Biofocus, Laboklin usw.)

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....

(Bei Minderj. Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)