

Røntgen Attest

Journal nr. 85328

Navn <i>Gabi Sotto</i>	Race <i>Traver</i>	Farve <i>Brun</i>	Køn <i>Hoppe</i>
Fødselsdato <i>16-04-2018</i>	Reg. nr. <i>0U0414208334201800414</i>	Chip nr.	
Hesten er identificeret med: Registreringspapirer		Hesten er ikke chipmærket <input type="checkbox"/>	

Køber:

Sælger:

*Stald Sotto v/John Kirketerp
Chr. IX's Gade 2, 2. sal
1111 København K*

Røntgenoptagende dyrlæge:

Ansager Hestehospital ApS

Handelsundersøgelse jf. aftalegrundlaget:	<input type="checkbox"/>
OCD - undersøgelse:	<input checked="" type="checkbox"/>
Halthedsundersøgelse:	<input type="checkbox"/>
Forsikringsundersøgelse:	<input type="checkbox"/>

Med klinisk undersøgelse <input type="checkbox"/>	Uden klinisk undersøgelse <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

Hesten skal anvendes til: *trav*

Veterinær konklusion:

Med henvisning til de i forhånds aftalen for handelsundersøgelsen specificerede betingelser og begrænsninger en sådan undersøgelse udføres under, er det på baggrund af undersøgelsen dags dato undertegnede dyrlæges konklusion:	<input type="checkbox"/>	Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt.) betydelig risiko for, at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.
<input checked="" type="checkbox"/> Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt.) normal risiko for at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.	<input type="checkbox"/>	Det er ikke muligt uden supplerende undersøgelser af hesten (jf. pkt.) at drage nogen konklusion af den aktuelle undersøgelse.
<input type="checkbox"/> Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt.) moderat risiko for, at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.	<input type="checkbox"/>	Øvrige kommentarer i forbindelse med konklusionen:

X *Bo I. Jørgensen*
Dyrlæge

Bo I. Jørgensen *2/4-13*
Dyrlæge - aut. nr.: 3046
Ansager Hestehospital - 6823 Ansager
Tlf. 7529 7066

Røntgenundersøgelse

Standard projektioner

1a, 5b, 5c, 5d, 6a	Standard Tå lateral alle 4 ben, Has lateral, plantarolateral, dorsolateral, Bagknæ kaudolateral begge bagben	<input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Ja
3a	Oxspring hovseneben begge forben	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3c, 3d	Med sko:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3e	Hove oprenset og pakket	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8a	Ryg lateral torntappe	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7a	Nakke/hals lateral	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Alle projektioner

Såfremt standard projektioner er afkrydset, afkrydses kun ekstra projektioner

1. Hov samt kode forben og bagben		
1a	Standard projektion Lateromedial (LM)	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1b	Dorsopalmar/Dorsoplantar (DP)	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1c	Dorsolateral (DLPMO/DLPLMO)	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1d	Dorsomedial (DMPLMO/PILDMO)	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1d	Andre projektioner:	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3. Hovseneben (Projektioner anbefales uden sko)		
3a	Oxspring (DPrPDi):	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3b	Skyline (PPrPDi):	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3c,3d	Sko:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Hove oprenset og pakket:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3e	Andre projektioner	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5. Has		
5a	Dorsoplantar (DPI)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5b	Lateromedial (LM)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5c	Dorsolateral (DLPIMO)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5d	Plantarolateral (PILDMO)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5e	Andre projektioner:	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6. Knæ		
6a	Kaudolateralt (CaLCrMO)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6b	Kaudokranialt (CaCr)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6c	Andre projektioner:	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

**2. Hov**

2a	Ses der fragmentering eller remodellering af hovbenets randtop?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2b	Ses der remodellering af eksostosedannelse på dorsalt kronben eller kodeben?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2c	Ses der forbenet dragtbrusk?	<i>Indenfor normalvariation</i>	VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2d	Ses der nydannelser omkring hovseneben?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2e	Ses der afvigende placering af hovben i hovkapsel?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2f	Ses der cyster i hov- eller kronben?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2g	Andre fund:		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

3. Hovseneben

3c	Ses der synoviale invaginationer på den distale rand af hovsenebenet?		VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3d	Ses der forskel på distale rand ved sammenligning VF/HF?		VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3e	Ses der fragmenter på den distale rand af hovsenebenet?		VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3f	Ses der enthesiofytter på den laterale og/eller mediale rand af hovsenebenet?		VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3g	Ses der cyster i hovsenebenet?		VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3h	Ses der forbenet dragtbrusk?		VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Andre fund:		VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

4. Kode

4a	Ses der OCD fragmenter på sagittalkammen?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4b	Ses der OC-konturændring på sagittalkammen?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4c	Ses der andre fragmenter dorsodistalt eller dorsoproksimalt?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4d	Ses der basalfragmenter eller hjørnestøtte frakturer (UPE)?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4e	Ses der fraktur af kodeseneben?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4f	Ses der nydannelser på eller omkring kodesenebenet?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4g	Ses der eksostoser palmart/plantart på kodeben?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4h	Ses der cyster i kodeben eller distale pibeknogle?		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4i	Andre fund:		VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Røntgenundersøgelse

5. Has

5f	Ses der OCD fragmenter på crista intermedia, laterale trochlea eller mediale malleolus?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5g	Ses der OC-konturændring på crista intermedia, laterale trochlea eller mediale malleolus?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5h	Ses der enthesiofyt dorsoproksimalt på pibeknoglen?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5i	Ses der nydannelser eller opklaringer i eller omkring tarsalknogler?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5j	Ses der kileformede tarsalknogler?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5k	Ses der fragmenter plantart i tibiotarsalledet?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5l	Ses der opklaringer i/eller nydannelser omkring sustentaculum tali?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5m	Andre fund:	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

6. Knæ

6a	Ses der fragmenter på lateral trochlea?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6b	Ses der OC-konturændring på laterale trochlea?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6c	Ses der nydannelser/fragmenter distalt på patella?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6d	Ses der fragmenter eller forkalkninger kaudalt i femurotibialledet?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6e	Ses der nydannelser kranialt for den interkondylære proces?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6f	Ses der cyster distalt i femur eller proksimalt i tibia?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Andre fund:	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

7. Hals

7b	Ses der irregulære knoglekonturer kaudalt på kraniet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7c	Ses der nydannelser omkring facetled?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7d	Ses der fragmenter omkring eller i facetled?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7e	Ses der forstørrelse af facetled?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7f	Ses der abnorm placering af C2 til C4?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7g	Andre fund:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

8. Ryg

8b	Ses der kontakt mellem to eller flere torntappe?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8c	Ses der forkalkning i torntappe?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8d	Ses der osteolyse i torntappe?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8e	Ses der enthesiofytter på torntappe?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8f	Ses der forkalkning dorsalt på torntappe?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8g	Ses der fraktur af torntappe?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8h	Andre fund:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

9. Andre projektioner fund

9a		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
----	--	--