

Zuchtbuchamt des VIRH – e.V.

Florian Krüger

Nordwalder Str.31

48565 Steinfurt



Mitglied im ERZ e.V.

Name des Hundes: _____ Rasse: _____

Chip Nr.: _____ ZB-Nr.: _____

Geschlecht: _____ Wurfstag: _____

Besitzer(Name/Anschrift): _____

Befund des untersuchenden Tierarztes:

OCD	OCD
Linkes Schultergelenk	Rechtes Schultergelenk
☐ frei	☐ frei
☐ verdacht	☐ verdacht
☐ nicht frei	☐ nicht frei

Bemerkungen:

Der unterzeichnende Tierarzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er die Identität des Hundes überprüft hat und die Chipnummer mit der, in der Ahnentafel vermerkten Chipnummer übereinstimmt. Datum & Unterschrift	Stempel & ggfs. Adresse Tierarzt
--	---