



Numer rejestracyjny badania.....  
Lekarz wyznaczony przez ZKWP Tomasz Bogucki  
Nr.Prawa Wykonywania zawodu 65193

### KARTA BADANIA RADIOLOGICZNEGO

#### Zwierzę

Imię..... Przydomek hodowlany.....  
Rasa.....  
Nr rejestracyjny.....  
Mikrochip.....  
Tatuaż.....  
Data urodzenia..... Płeć  Pies  Suka

#### Właściciel

Imię i nazwisko.....  
Adres.....  
Nr telefonu..... E-mail.....

Ja niżej podpisany potwierdzam, że pies przedstawiony przeze mnie do badania jest zgodny z danymi zawartymi w rodowodzie przedłożonym lekarzowi orzecznikowi do wpisu poniższych badań.  
Potwierdzam też, że u wyżej wymienionego zwierzęcia nie były wykonywane zabiegi chirurgiczne, zabiegi operacyjne w obrębie stawów biodrowych i łokciowych, mogące wpłynąć na wynik badania.

Czytelny podpis właściciela

#### Lekarz Weterynarii

Imię nazwisko.....  
Adres.....  
Telefon.....  
Nr Prawa wykonywania zawodu.....

#### Identyfikacja zwierzęcia

Mikrochip   prawidłowy  nieprawidłowy  nieobecny  
Tatuaż   prawidłowy  nieprawidłowy  nieczytelny  
 częściowo nieczytelny

Potwierdzam, że pies przedstawiony do identyfikacji jest zgodny z danymi zawartymi w rodowodzie.

Czytelny podpis i pieczętka lek. wet.

#### Badanie radiologiczne

Data wykonania zdjęć  -  -  Wiek zwierzęcia.....

Projekcje ED boczna 135°  maksymalne zgięcie  AP (grzbietowo – brzuszna)   
HD (OFA)  Inne .....