

Prof. Dr. Ottmar Distl  
 Institut für Tierzucht und Vererbungsforschung  
 Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover  
 Bünteweg 17p  
 30559 Hannover  
 Fax: 0511-953-8582  
 E-Mail: ABGLab@tiho-hannover.de

Laboreingang	Haare/Blut
Labornummer	Hund_DTK
Bestätigung am	

### Antrag auf Gendiagnose für die Glasknochenkrankheit (OI) beim Dackel

Identifikation des Tieres (Bitte Abstammungsnachweis beifügen!)			
Name	JANEŠKA PSA	<input type="checkbox"/> Rauhaar DR <input type="checkbox"/> Langhaar DL <input type="checkbox"/> Kurzhaar HL <input type="checkbox"/> Standard S <input type="checkbox"/> Zwerg Trp. <input type="checkbox"/> Kaninchen kan!	
Geschlecht	<input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum	datum narození
Zuchtbuchnr.	čip/...	Chipnr.	čip...
Zuchtverband	KCHD CZ	VDH-zugehörig	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Angaben zur Fellfarbe und zum Gesundheitsstatus des Hundes			
Fellfarbe	2barvení	Gesundheit	<input checked="" type="checkbox"/> gesund/ohne Auffälligkeiten (bez příznaků) <input type="checkbox"/> Symptome:
Angaben zu den Eltern des Hundes Rodiči psa			
Zuchtbuchnr. Vater	čip otce	Chipnr. Vater	čip otce
Zuchtbuchnr. Mutter	čip matky	Chipnr. Mutter	čip matky
Besitzerdaten majitel			
Name	Janeška	Vorname	Prájmeneš
Straße	Ulice	PLZ und Ort	PSČ
Telefon	tel.	Email	mail
Einverständniserklärung des Tierbesitzers			
Hiermit beauftrage ich Sie mit der kostenfreien Durchführung des Gentests für die Glasknochenkrankheit			
Datum	datum	Unterschrift Besitzer	podpis majitele
Der Test auf <b>Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta, OI)</b> wird im Rahmen einer Verifizierungsstudie <b>kostenfrei</b> durchgeführt. Der Verwendung der Testergebnisse sowie des Probenmaterials für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu. Dabei werden alle Angaben anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Identität des Hundes, des Züchters und des Besitzers möglich sind.			
<b>Mit einer Weitergabe der Testergebnisse an den DTK bin ich einverstanden. *</b>			
Datum	datum	Unterschrift Besitzer	podpis majitele
Bestätigung der Identitätsprüfung/Probennahme durch den Tierarzt/Züchtwart			
Hiermit bestätige ich, dass ich von dem oben genannten Tier eine EDTA-Blutprobe (3 ml)/Haarwurzelprobe entnommen und mit dem Namen und der Zuchtbuch- oder Chipnummer des Tieres gekennzeichnet habe.			
Datum	datum	Praxisstempel und Unterschrift Tierarzt/Züchtwart	podpis veterináře nebo klubu!

\*) souhlas s předáním výsledků DTK