



Røntgenundersøgelse

Journal nr. 110933

Navn <i>Twin Wynn (SE)</i>	Race <i>Traver</i>	Farve	Køn
Fødselsdato <i>14052025</i>	Reg. nr.	Chip nr. <i>208246000195108</i>	
Hesten er identificeret med: Registreringspapirer		Hesten er chipmærket <input checked="" type="checkbox"/>	

Køber:

Sælger:

Miles Ahead Trotting GmbH
Himmernbogen 7
D.- 24955 Harrislee

Røntgenoptagende dyrlæge:

Ansager Hestehospital
Gartnerhaven 5
6823 Ansager

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: <i>Ikke oplyst</i>
Hvor længe har hesten været i kontinuerlig træning forud for undersøgelsen: <i>Ikke oplyst</i>
Sælger er registreret som kunde i den undersøgende dyrlæges praksis: <i>Der henvises til oplysninger fremlagt af sælger grundet GDPR</i>
Røntgenundersøgelse er baseret på den kliniske undersøgelse: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Veterinær konklusion:

Bemærk denne attest er kun gyldig med underskrevet forhåndsaftale fra med køber og sælgers underskrift. Det påhviler rekvirenten at sikre, at forhåndsaf-talen er underskrevet af både køber og sælger.

Med henvisning til de i forhåndsaf-talen for handelsundersøgelsen specificerede betingelser og begrænsninger en sådan undersøgelse udføres under, er det på baggrund af undersøgelsen dags dato undertegnede dyrlæges konklusion:

<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"/>	Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt.) let forøget risiko for, at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.
<input type="checkbox"/>	Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt.) forøget risiko for, at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.
<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 type="checkbox"/>	Det er ikke muligt uden supplerende undersøgelser af hesten (jf. pkt.) at drage nogen konklusion af den aktuelle undersøgelse.
<input type="checkbox"/>	Andre kommentarer i forbindelse med konklusionen:

28/5-26

Ansager Hestehospital
 Gartnerhaven 5 - 6823 Ansager
 Tlf. 7529 7066
 kontakt.ansager@vetgruppen.dk

X *Ba Ingler*
 Dyrlæge



Røntgenundersøgelse

1. Standard projektioner

1a	Standard Tå lateral alle 4 ben, V+HF hov samt kode dorsopalmar Has lateral, plantarolateral, dorsolateral, Bagknæ kaudolateral begge bagben	<input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Ja
1b	Oxspring hovseneben begge forben	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1c	Med sko:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1d	Hove oprenset og pakket	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1e	Ryg lateral torntappe	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1f	Nakke/hals lateral	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Alle projektioner

Såfremt standard projektioner er afkrydset, afkrydses kun ekstra projektioner

2. Hov samt kode forben og bagben

2a	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
2b	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
2c	Dorsolateral (DLPMO/DLPLMO)	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input 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	Dorsomedial (DMPLMO/PILDMO)	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input 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	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: Hove oprenset og pakket:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <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

4. Has

4a	Dorsoplantar (DPI)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4b	Lateromedial (LM)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4c	Dorsolateral (DLPIMO)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4d	Plantarolateral (PILDMO)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4e	Andre projektioner:	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

5. Knæ

5a	Kaudolateralt (CaLCrMO)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5b	Kaudokranialt (CaCr)	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5c	Andre projektioner:	VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Røntgenundersøgelse

6. Hov

6a	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
6b	Ses der remodellering af eksostosedannelse dorsalt på 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
6c	Ses der forbenet dragtbrusk?	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
6d	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
6e	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
6f	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
6g	Andre bemærkninger:	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

7. Hovseneben

7a	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
7b	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
7c	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
7d	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
7e	Ses der cyster i hovsenebenet?	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7f	Ses der forbenet dragtbrusk?	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7g	Andre fund:	VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

8. Kode

8a	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
8b	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
8c	Ses der andre fragmenter dorsodistalt eller dorsoproximalt?	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
8d	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
8e	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
8f	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
8g	Ses der eksostoser palmar/plantar 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
8h	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
8i	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

9. Has		
9a	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
9b	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
9c	Ses der enthesiofyt dorsoproksimalt på pibeknogle?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9d	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
9e	Ses der kileformede tarsalknogler?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9f	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
9g	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
9h	Andre fund:	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10. Knæ		
10a	Ses der OCD fragmenter på lateral trochlea?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10b	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
10c	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
10d	Ses der fragmenter eller forkalkninger kaudalt i femorotibialledet?	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10e	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
10f	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
10g	Andre fund:	VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11. Hals		
11a	Ses der irregulære knoglekonturer kaudalt på kraniet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11b	Ses der nydannelser omkring facetled?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11c	Ses der fragmenter omkring eller i facetled?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11d	Ses der forstørrelse af facetled?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11e	Ses der abnorm placering af C2 til C4?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11f	Andre fund:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
12. Ryg		
12a	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
13. Andre projektioner fund		
13a	<i>forknæ bf</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja