

**Haser:**7. VB:  dorsoplantar: \_\_\_\_\_ lateromedial: \_\_\_\_\_ dorsolateral-plantaromedial oblique: \_\_\_\_\_ plantarolateral-dorsomedial oblique: \_\_\_\_\_ andre: \_\_\_\_\_8. HB:  dorsoplantar: \_\_\_\_\_ lateromedial: \_\_\_\_\_ dorsolateral-plantaromedial oblique: \_\_\_\_\_ plantarolateral-dorsomedial oblique: \_\_\_\_\_ andre: \_\_\_\_\_**Øvrige regioner:**

11. \_\_\_\_\_

**Konklusion** Der er ikke fundet røntgenologiske forandringer. De røntgenologiske fund (pkt. \_\_\_\_\_) anses ikke at få betydning for hestens fremtidige brug. Det kan ikke udelukkes at de røntgenologiske fund (pkt. \_\_\_\_\_) kan få betydning for hestens fremtidige brug. De røntgenologiske forandringer (pkt. \_\_\_\_\_) anses på baggrund af den kliniske undersøgelse og den påtænkte anvendelse af hesten: at kunne få betydning  ikke at kunne få betydning. De røntgenologiske forandringer (pkt. \_\_\_\_\_) er af så omfattende karakter, at de anses at få betydning for hestens fremtidige brug. Betydningen af de røntgenologiske forandringer (pkt. \_\_\_\_\_) kan ikke vurderes uden klinisk undersøgelse og oplysning om den påtænkte anvendelse af hesten.

Dato: 24/5-22 Sted: \_\_\_\_\_

Lars Nielsen  
 Dyrlæge  
 Højgård Hestehospital  
 Rugårdsvej 696 5162  
 Tlf. 9556 4000  
 Dyrlægens underskrift og stempel

Navn Kanon Laser	Race	Farve	Køn
Fødselsdato	Reg. nr.	Chip nr.	

Køber: \_\_\_\_\_ Sælger: \_\_\_\_\_

Lokalitet for undersøgelsen: \_\_\_\_\_

 Rutinemæssig undersøgelse Undersøgelse s.f.a. kliniske symptomer. Pkt. \_\_\_\_\_ i sundhedsundersøgelsesformularen Med klinisk undersøgelse den: \_\_\_\_\_  Uden klinisk undersøgelse Hesten skal anvendes til: \_\_\_\_\_**REGIONER OG PROJEKTIONER:****Tæer:**1. VF:  dorsopalmar: \_\_\_\_\_ lateromedial: \_\_\_\_\_ andre: \_\_\_\_\_2. HF:  dorsopalmar: \_\_\_\_\_ lateromedial: \_\_\_\_\_ andre: \_\_\_\_\_3. VB:  dorsoplantar: \_\_\_\_\_ lateromedial: \_\_\_\_\_ andre: 2x skrå4. HB:  dorsoplantar: \_\_\_\_\_ lateromedial: \_\_\_\_\_ andre: 2x skrå**Hovseneben:** med sko  uden sko  hove pakket  raster DPr-PaDiO  PaPr-PaDiO  lateral

5. VF: \_\_\_\_\_

6. HF: \_\_\_\_\_

**Knæ:**9. VB:  caudolateral-craniomedial oblique: \_\_\_\_\_ andre: \_\_\_\_\_10. HB:  caudolateral-craniomedial oblique: \_\_\_\_\_ andre: \_\_\_\_\_