

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		<input type="checkbox"/> Rauhhaar <input type="checkbox"/> Langhaar <input type="checkbox"/> Kurzhaar <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Zwerg <input type="checkbox"/> Kaninchen	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum	
Zuchtbuchnr.		Chipnr.	
Zuchtverband		VDH-zugehörig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angaben zur Fellfarbe und zum Gesundheitsstatus des Hundes			
Fellfarbe		Gesundheit	<input type="checkbox"/> gesund/ohne Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Symptome:
Angaben zu den Eltern des Hundes			
Zuchtbuchnr. Vater		Chipnr. Vater	
Zuchtbuchnr. Mutter		Chipnr. Mutter	
Besitzerdaten			
Name		Vorname	
Straße		PLZ und Ort	
Telefon		Email	
Einverständniserklärung des Tierbesitzers			
Hiermit beauftrage ich Sie mit der kostenfreien Durchführung des Gentests für die Glasknochenkrankheit			
Datum		Unterschrift Besitzer	
Der Test auf Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta, OI) wird im Rahmen einer Verifizierungsstudie kostenfrei 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.			
Mit einer Weitergabe der Testergebnisse an den DTK bin ich einverstanden.			
Datum		Unterschrift Besitzer	
Bestätigung der Identitätsprüfung/Probennahme durch den Tierarzt/Zuchtwart			
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		Praxisstempel und Unterschrift Tierarzt/Zuchtwart	