

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	Labornummer: SHP
	Laboreingang am:
	Eingangsbestätigung am:

**DNA-Bank Shar Pei
und Forschungsprojekt Shar Pei Fieber**

Angaben zum Besitzer						
Name:		Vorname:				
Straße:						
PLZ und Ort:						
Telefon / E-Mail:						
Angaben zum Tier, zur Blutprobe und Abstammung des Shar Pei						
Name des Tieres:						
Geschlecht:	<input type="radio"/> Rüde	<input type="radio"/> Hündin	Geburtsdatum Tier:			
Zuchtverein:						
Zuchtbuchnr. Tier :			Chipnr. Tier :			
Zuchtbuchnr. Vater :			Chipnr. Vater :			
Zuchtbuchnr. Mutter :			Chipnr. Mutter :			
Angaben zum Gesundheitsstatus des Tieres						
Diagnosen / Befunde: <small>(bitte Unterlagen beifügen)</small>	Röntgendatum HD:			Röntgendatum ED:		
	HD-Befund:	<input type="radio"/> HD-A	<input type="radio"/> HD-B	<input type="radio"/> HD-C	<input type="radio"/> HD-D	<input type="radio"/> HD-E
	ED-Befund:	<input type="radio"/> ED-0	<input type="radio"/> ED-I	<input type="radio"/> ED-II	<input type="radio"/> ED-III	
		<input type="radio"/> OCD		<input type="radio"/> FCP		<input type="radio"/> IPA
Hautfaltenbildung	<input type="radio"/> wenig Falten		<input type="radio"/> mittlere Faltenbildung		<input type="radio"/> starke Falten	
Shar Pei Fieber	<input type="radio"/> bisher nie		<input type="radio"/> 1-3 Mal		<input type="radio"/> mehr als 3 Mal beobachtet	
Einverständniserklärung des Tierbesitzers						
Mit der Verwendung des Probenmaterials und der Genotypisierung für wissenschaftliche Zwecke erkläre ich mich einverstanden. Hierbei werden alle Angaben anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Identität des Hundes, Besitzers und Züchters möglich sind. Ich stimme zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung für eine wissenschaftliche Studie verwendet werden dürfen.						
Für Mitglieder des CER wird folgende kostenpflichtige Leistung berechnet (alle anderen Einsendungen sind kostenfrei!): Permanente Bluteinlagerung in die DNA-Bank (€ 10,-)						
Datum			Besitzer Unterschrift			
Bestätigung der Identitätsprüfung und der Probenentnahme						
Hiermit bestätige ich, dass ich von dem oben genannten Tier eine EDTA-Blutprobe (3-5 ml) entnommen und unverzüglich mit dem Namen und der Zuchtbuch- oder Chipnummer des Tieres gekennzeichnet habe.						
Datum			Tierarzt Unterschrift			

siehe Rückseite!

Shar Pei Forschungsprojekt

Bitte unterstützen Sie mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens das Shar Pei Fieber-Forschungsprojekt

Angaben zum Typ und Gesundheitsstatus des Tieres													
Rassetyp	<input type="radio"/> meat-mouth		<input type="radio"/> bone-mouth										
Hautfaltenbildung im Kopfbereich	<input type="radio"/> wenig Falten			<input type="radio"/> mittlere Faltenbildung				<input type="radio"/> starke Falten					
Hautfaltenbildung im Bereich des Körpers	<input type="radio"/> wenig Falten			<input type="radio"/> mittlere Faltenbildung				<input type="radio"/> starke Falten					
Hautfaltenbildung im Bereich der Beine/ Gelenke	<input type="radio"/> wenig Falten			<input type="radio"/> mittlere Faltenbildung				<input type="radio"/> starke Falten					
Felltyp	<input type="radio"/> horse coat			<input type="radio"/> brush coat					<input type="radio"/> bear coat				
Im Falle einer pathologischen Untersuchung: Liegt ein pathologischer Untersuchungsbefund vor?	<input type="radio"/> Ja			<input type="radio"/> Nein									
	Bitte Kopie des pathologischen Untersuchungsbefundes beilegen!												
Positiver Amyloidose-Nachweis (Kongorot) in folgenden Organen:	<input type="radio"/> Niere		<input type="radio"/> Leber		<input type="radio"/> Pankreas		<input type="radio"/> Milz		<input type="radio"/> andere:				
Häufigkeit des Auftretens					Alter des ersten Auftretens in Jahren							Bemerkungen	
	1x	2x	3x	>3x	bis 1	2	3	4	5	6	>6		
Fieber ohne bekannte Infektionsursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fieber mit bekannter Infektionsursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Bitte geben Sie die vermutliche(n) Fieberursache(n) an:													
Verdickte Gelenke (Gelenkentzündung, Arthritis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Bläschenförmige Hautveränderungen , die zu wiederkehrenden oder anhaltenden Entzündungen führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Rötung von Hautbereichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Verdickte Hautbereiche mit teigiger Konsistenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ohrentzündung: Wiederkehrende oder anhaltende Entzündung der Ohren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Augenentzündung: Wiederkehrende oder anhaltende Entzündung der Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Durchfall und/oder Erbrechen ohne erkennbare Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tumore: Zubildungen in der Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Bitte geben Sie Art und Verbreitung des(r) Tumors(e) an:													
Weitere auffällige Veränderungen:	Bitte angeben:												