

Befunderhebungsbogen zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung von Assistenzhunden zu den Richtlinien gemäß § 39a BBG

| |
|--|
| |
|--|

Geplante Verwendung des künftigen Assistenzhundes

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blindenführhund | <input type="checkbox"/> Servicehund | <input type="checkbox"/> Servicehund mit Stütz- und/oder Ziehfunktion |
| <input type="checkbox"/> Signalhund für Menschen mit Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Signalhund für Menschen mit chronischen Erkrankungen (Diabetes) | |
| <input type="checkbox"/> Signalhund für Menschen mit chronischen Erkrankungen (Epilepsie, andere neurologische Erkrankungen) | | |

Untersuchungsgang

Nationale:

| | |
|-------------------------------|--|
| Rasse | |
| Farbe | |
| Geburtsdatum | |
| Name | |
| Tätowiernummer (Lokalisation) | |
| Mikrochip-Nummer | |
| Hundebesitzer/in / Halter/in | |

Anamnese:

| | |
|---|-------------------------------|
| Impfstatus ¹⁾ | |
| Geschlecht | |
| Zeitpunkt der letzten Läufigkeit | |
| Kastration ²⁾ | <input type="checkbox"/> ja |
| | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja, Datum und Art | |
| Kot- und Harnabsatz | |
| bisher bekannte Erkrankungen, Behandlungen, Operationen | |

| Klinische Untersuchung: | |
|------------------------------|--|
| Allgemeinverhalten | <input type="checkbox"/> lebhaft u. aufmerksam |
| | <input type="checkbox"/> ruhig u. aufmerksam |
| | <input type="checkbox"/> matt, teilnamslos |
| | <input type="checkbox"/> apathisch |
| Körperhaltung, näheres s. u. | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> gut, sehr gut |
| | <input type="checkbox"/> mittelgut |
| | <input type="checkbox"/> mindergut |
| | <input type="checkbox"/> kachektisch |
| | <input type="checkbox"/> adipös |
| Haut | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Haarkleid, Krallen | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Körperöffnungen | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Hautelastizität | <input type="checkbox"/> erhalten |
| | <input type="checkbox"/> ggr. vermindert |
| | <input type="checkbox"/> mgr. vermindert |
| | <input type="checkbox"/> hgr. vermindert |
| | <input type="checkbox"/> aufgehoben |
| Innere Körpertemperatur | |
| Schleimhäute: | |
| Auge, Lidbindehäute | |
| Nase | |
| Mund | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Augen: ³⁾ | |
| Umgebung | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Lider | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Strukturen der Augen selbst | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Nase (Brachiocephale Rassen): | |
| Umgebung | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Beurteilung Obere Luftwege | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> mäßig eingeschränkte Inspiration |
| | <input type="checkbox"/> massiv eingeschränkte Inspiration ⁴⁾ |
| Ohren ⁵⁾ | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Mundhöhle, Lippen | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Zähne | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Tonsillen | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Kehlkopf | <input type="checkbox"/> Husten weder spontan noch auf Reiz auslösbar |
| | <input type="checkbox"/> Husten auf Reiz auslösbar |
| | <input type="checkbox"/> Husten spontan |
| | <input type="checkbox"/> schmerzhaft |

| | |
|--|--|
| Lymphknoten: ⁶⁾ | |
| Lnn. mandibulares | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Lnn. poplitei | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Puls (Frequenz eintragen) | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Atmung (Frequenz, Typ eintragen) | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Auskultation Herz (bei Bedarf US u./o. Rö) | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Auskultation Lunge (bei Bedarf US u./o. Rö) | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Ultraschall Herz (bei Erstuntersuchung) | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Abdomen | <input type="checkbox"/> durchtastbar, nicht schmerzhaft |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Ultraschall Nieren ⁷⁾ | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Harnstatus: | |
| Teststreifen | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| spezifisches Gewicht: | |
| Kot Parasitolog. U. | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |

| Blutuntersuchung (nüchtern):⁸⁾ | |
|---|--|
| Hämatologie: | |
| Hämatokrit (Hk) | |
| Totalprotein (TP) | |
| Leukozyten (Leukos) | |
| Differentialblutbild (Diff.) | |
| Thrombozyten (EDTA - Blut) | |
| Blutchemie: | |
| Glucose (Glc.) | |
| Harnstoff (Urea) | |
| Kreatinin (Crea) | |
| GLDH | |
| GPT | |
| AP | |
| Gesamtbilirubin (Ges.Bil.) | |
| Gallensäuren | |
| T4 (bei klin. Verdacht) | |
| CTSH (bei klin. Verdacht) | |
| Gentests (siehe Fußnoten) ⁹⁾ | |
| ARVC | |
| GSDIIIa | |
| HSF4 autosom dom | |
| PLL | |
| PRA | |
| CCL | |
| PDP1 | |
| Serologie bei Mittelmeerkrankheiten (siehe Fußnoten)¹⁰⁾ | |
| Leishmaniose | |
| Ehrlichiose | |
| Dirofilariose | |

| Orthopädische Untersuchung: | |
|--|--|
| Gangbild: | |
| Schritt | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Trab | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Wendungen | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Treppe auf und ab | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Rahmen d. Rasse entspr. | |
| Adspektion Körperbau insgesamt | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Rücken | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> überlanger Rücken |
| | <input type="checkbox"/> stark abfall. Rückenlinie |
| Gliedmassenstellung (Achsenabweichung/Fehlrotation im Bereich d. Extremitäten) | |
| Vorderextremität li./re. | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> zeheneng |
| | <input type="checkbox"/> zehenweit |
| | <input type="checkbox"/> Carpus durchtrittig |
| | <input type="checkbox"/> Carpus vorbiegig |
| | <input type="checkbox"/> Varisation (o-beinig) |
| | <input type="checkbox"/> Valgisierung (x-beinig) |
| | <input type="checkbox"/> Unterarm Supination |
| | <input type="checkbox"/> Unterarm Pronation |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Hinterextremität li./re. | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> ferseneng |
| | <input type="checkbox"/> fersenweit |
| | <input type="checkbox"/> Tarsus durchtrittig |
| | <input type="checkbox"/> bärentatz. Stellung |
| | <input type="checkbox"/> Hyperextensionsst. |
| | <input type="checkbox"/> Knie-/Sprunggelenk Steilstellung |
| | <input type="checkbox"/> Sprunggelenk |
| | <input type="checkbox"/> Stelzfüßigkeit |
| | <input type="checkbox"/> Kniegelenk Varisation (o-beinig) |
| | <input type="checkbox"/> Kniegelenk Valgisierung (x-beinig) |
| Bemuskelung | <input type="checkbox"/> gut |
| | <input type="checkbox"/> mäßig |
| | <input type="checkbox"/> schlecht |
| | <input type="checkbox"/> symmetrisch |
| | <input type="checkbox"/> asymmetrisch |
| Lokalisation: | |
| Untersuchung im Stehen: | |
| Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Dorsalflexion | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Ventralflexion | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Rotation | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Brust/LendenWS/Os sacrum | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> Hyperästhesie |
| | <input type="checkbox"/> Streckschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Druckschmerz |
| Bizepssehnenprobe n. Meutstege | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |

| Untersuchung der Extremitäten auf dem Tisch in Seitenlage (alle Gelenke einzeln!): | |
|--|--|
| Vorderextremität links | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> Streckschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Beugeschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Rotationsschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Coronoid, lange Röhrenknochen: Druckschmerz |
| Vorderextremität rechts | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> Streckschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Beugeschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Rotationsschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Coronoid, lange Röhrenknochen: Druckschmerz |
| Hinterextremität links | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> Streckschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Beugeschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Rotationsschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Coronoid, lange Röhrenknochen: Druckschmerz |
| Hinterextremität rechts | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> Streckschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Beugeschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Rotationsschmerz |
| | <input type="checkbox"/> Coronoid, lange Röhrenknochen: Druckschmerz |

| Neurologische Untersuchung: | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Sehprobe (je 1 Auge abgeklebt) | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Hindernisse i. d. Weg stellen | |
| Hörprobe (Klatschen) | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Haltung | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |

| Kopfnerven Reflexe: | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Drohreflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Pupillarreflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Palpebral-, Cornealreflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Sensibilitätsprüfung Nase | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Schluckreflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Spinale Reflexe: | |
| Triceps | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Biceps | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Flexorreflex Vorderextr. | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Patellarreflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Tibialis-cranialis-Reflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Flexorreflex Hinterextremität | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Perinealreflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| gekreuzter Streckreflex | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |
| Stellproben | <input type="checkbox"/> o. B. |
| | <input type="checkbox"/> verändert: |

| Verhalten bei der Untersuchung: | |
|---------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | gelassen, desinteressiert |
| <input type="checkbox"/> | offen-freundlich |
| <input type="checkbox"/> | freundlich-verspielt |
| <input type="checkbox"/> | unterwürfig-sensibel |
| <input type="checkbox"/> | furchtsam-scheu |
| <input type="checkbox"/> | panisch (Fluchtversuche) |
| <input type="checkbox"/> | defensiv-aggressiv |
| <input type="checkbox"/> | offensiv-aggressiv |
| Sonstiges: | |

Ergänzung zum Formular - Fußnoten

- 1) Der Impfpass wird zum Gesundheitspass, in den beide Untersuchungen mit Datum und Stempel des TA eingetragen werden müssen.
Alle Impfungen müssen spätestens bei der Zweituntersuchung mind. einmal im Abstand von 3 - 6 Wochen wiederholt worden sein. Beim "Weißen Schäferhund" und anderen schlecht immunisierenden Rassen wird eine Impftiterbestimmung von mindestens 2 Komponenten der Kombinationsimpfung empfohlen.
- 2) Ovarioektomie oder Ovariohysterektomie bzw. Orchektomie. Sollte bei der Untersuchung die Kastration noch nicht erfolgt sein, ist eine Kastrationsbestätigung jedenfalls vor der Prüfung nachzureichen. Die Arten der Kastration sind vorgeannt.
- 3) Fachtierärztliches Gutachten (AKVO Tierärzte) vorgeschrieben für alle Retriever-, Setter- und Collie-Schläge, Pudel, Dobermänner und deren Mischlinge, sowie alle merle färbigen Hunde (einmalige Untersuchung genügt).
Für alle anderen Rassen genügt der Augenbefund des untersuchenden Tierarztes (einmalige Untersuchung genügt).
Untersuchung der inneren Augenmedien im auffallenden und durchfallenden Licht, bei gefährdeten Rassen fachtierärztliche Augenuntersuchung vorgeschrieben.
- 4) Hunde mit massiv eingeschränktem Inspirium werden nicht zugelassen.
- 5) Spezialuntersuchung (Audiometrie) für gefährdete Rassen:
Bobtail, Boxer, Dalmatiner, Weißer Schäferhund, Englische Bulldogge, American Bulldog, Bullterrier, Miniatur Bullterrier, Dogo Argentino sowie bei Verdacht bei allen weißen und merlefarbigen Hunden.
- 6) Bei generalisierten Vergrößerungen ist eine weiterführende Untersuchung (Feinnadelbiopsie) verpflichtend.
- 7) Ultraschall Nieren bei gefährdeten Rassen (Verdacht auf zystische Nierenveränderungen aufgrund von Erbkrankheiten:
West Highl Terrier, Cairn Terrier, Beagle, Collie, Shi Tzu, Dobermann, Pudel, Shapendos (?)
- 8) Blutbefund für Assistenzhunde: Mindestalter 15 Monate

Bei signifikanter Erhöhung der folgenden Werte in der Blutuntersuchung ist eine Wiederholung bzw. Ergänzung der Untersuchung zwingend

1. Alle Werte der Hämatologie
2. Crea, Urea > doppelten Wert
Zusatz Blutsenkung, Eiweiß im Harn, Blut-Harn - Creatinin -Quotient

Bei signifikanter Erhöhung folgender Werte ist eine erweiterte Wiederholungsuntersuchung notwendig:

Leukozytose:

" Leukos + TP + Blutsenkung

Crea > doppelter Höchstwert und/oder

Urea > doppelter Höchstwert:

" Urea, Crea, Blutsenkung, Eiweiß im Harn, Blut-Harn - Creatinin-Quotient, K+

GPT > 3 facher Höchstwert und/oder

GLDH > 6 IU/l und/oder

AP > 190 IU/l und/oder

Gallensäuren über 5 fachem Normalhöchstwert und/oder

GesBil > 0,5mg/dl:

" Wiederholung aller Leberwerte, einschließlich Blutsenkung, GOT,GGT, Gallensäuren nüchtern

(12 Stunden fasten) und 2 Stunden nach Fütterung, K+

- 9) Erbkrankheiten: Ein Ausschließungsgrund zur Ausbildung stellt ein homozygotes Vorliegen des Defektgens dar und ist zu testen bei folgenden Rassen:
 - ! Arrhythmische rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)
Boxer, Autosomal domin
 - ! Glykogenspeicherkrankheit Ty IIIa (GSDIIIa)
Curly Coated Retriever
 - ! Hereditäre Katarakt (HSF4) autosom dom
Australien Shepherd und Wäller

! Primäre Linsenluxation (PLL)

Eskimo Dog, American Hairless Terrier, Australian Cattle Dog, Chinese Crested, Chinese Foo Dog, Jack Russell Terrier, Jagd Terrier, Lakeland Terrier, Lancashire Heeler, Lucas Terrier, Miniature Bullterrier, Parson Russell Terrier, Patterdale Terrier, Rat Terrier, Sealyham Terrier, Tenterfield Terrier, Tibet Terrier, Toy Fox Terrier, Volpino Italiano, Welsh Terrier, Westfalenterrier

! Progressive Retinaatrophie (PRA)

- crd-PRA beim Rauhaardackel
- - dominante Form der PRA beim English Mastiff und Bull Mastiff
- - generalisierte PRA beim Schapendoes
- - GR-PRA1 beim Golden Retriever
- - prcd-PRA beim American Cocker Spaniel, American Eskimo Dog, Australien Cattle Dog, Australien Shepherd, Australien Stumpy, Tail Cattle Dog, Chesapeake Bay Retriever, Chinese Crested, English Cocker Spaniel, Entlebucher Sennenhund, Finnischer Lapphund, Golden Retriever, Kuvasz, Lappländischer Rentierhund, Labrador Retriever, Labradoodle, Markiesje, Norwegischer Elchhund, Nova Scotia Duck Tolling Retriever, Portugiesischer Wasserhund, Pudel, Silky Terrier, Spanischer Wasserhund, Schwedischer Lapphund, Toy Pudel, Yorkshire Terriere, Zwergpudel,
- - rcd1-PRA beim Irish Setter
- - rcd1a-PRA beim Sloughi
- - rcd2-PRA* beim Collie
- - rcd3-PRA beim Welsh Corgi
- - rcd4-PRA beim Gordon Setter und Irish Setter

! Canine Ceroid-Lipofuszinose (CCL)

American Staffordshire Terrier, American Bulldog, Australian Shephard, Border Collie, Dackel, English Setter und Tibet Terrier

! Pyruvat Dehydrogenase Phosphatase 1 Defizienz (PDP1)

Clumber- und Sussex Spaniel

Ausschlussgründe für den Einsatz als Assistenzhund:

- Arrhythmische rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)
- Glykogenspeicherkrankheit Ty IIIa (GSDIIIa)
- Hereditäre Katarakt (HSF4) autosom dom
- Primäre Linsenluxation (PLL)
- Progressive Retinaatrophie (PRA)
- Canine Ceroid-Lipofuszinose (CCL)
- Pyruvat Dehydrogenase Phosphatase 1 Defizienz (PDP1)

- 10) Bei Hunden, die aus den Mittelmeerländern importiert wurden sowie bei Auftreten einer Thrombozytopenie sind Untersuchungen auf Ehrlichiose, Leishmaniose und Dirofilariose zwingend durchzuführen.

Bei Ehrlichiose wird ein Kombinationstest betreffend Ehrlichien (2 Formen), Herzwurm und Babesien empfohlen.

RÖNTGENUNTERSUCHUNGEN:

Röntgenbilder sind in jedem Fall der Abteilung für Bildgebende Diagnostik der Veterinärmedizinischen Universität Wien zur Überbefundung vorzulegen. Bei allen zusätzlichen Untersuchungen (Überbefundungen) ist der vorläufige Untersuchungsbefund in Kopie beizulegen.

Röntgenbilder müssen unverwechselbar und fälschungssicher mit Name und Datum der Aufnahme gekennzeichnet sein.

* HD-Röntgen: Narkose, bis zum Eintreten völliger Muskelrelaxation abwarten. Position nach FCI I (gestreckt)

* Ventro-dorsale Ansicht der letzten beiden LW im Rahmen der HD-Aufnahme oder extra (alternativ bei VD-Aufnahme des LWS)

* Schultergelenke mediolateral

* Röntgen der Ellbogengelenke in 2 Richtungen bei allen Rassen: mediolateral

60 - 90° abgewinkelt, kranio-kaudal bei Verdacht CT empfohlen

* Ellbogen: craniocaudal UM 15° PRONIERT (damit man auf das Coronoid sieht)

* LWS/Os sacrum laterolateral in Hyperextension bei allen Hunden über 15 kg

* LWS: in Hyperextension und Beugung (um die Instabilität besser dokumentieren zu können)

Weitere Röntgenaufnahmen nach klinischem Bedarf.

Vorgaben für Assistenzhunde:

! HD A oder B - Hüfte, OCD-Schulter frei, ist unbedingt erforderlich bei Blindenführhunden, Hunden mit Stütz- und Ziehfunktion, Servicehunden (mit Tragtaschen).

! Bei allen anderen Hunden maximal HD C-Hüfte in Verbindung mit der klinischen Untersuchung (z.B. Signalhunde)

! OCD-Schulter - kein Ausschließungsgrund bei Signalhunden

! ED-frei zwingend bei allen Hunderassen mit Durchschnittsgewicht über 15 kg, Ausschluss bei höhergradigen Arthrosen auch bei kleineren Hunden (Schmerzzustände)

! Patellaluxation habit. Med. I/II erlaubt für Signalhunde unter 15 kg

Ausschließungsgründe, Mängel, die einen Einsatz als Blindenführhund und alle Assistenzhunde verbieten:

Chronische Erkrankungen bzw.

- ! Nicht heilbare Organerkrankungen, z.B. generalisierte Demodikose, Räude, chron. schleimig-eitriger Nasenausfluß, Konkrementbildungen im Harntrakt, Kardiomyopathie, Diabetes, Epilepsie
- ! Hyper- bzw. Hypothyreosen
- ! Pankreasinsuffizienz
- ! Hüftgelenkdysplasie ab C2
- ! Hunde mit hgr. Zeichen einer lumbosakralen Instabilität oder eime hgr. Übergangswirbel
- ! OCD (Osteochondrosis dissecans) (außer Signalthunde)
- ! Arthrosen (Folgen massiver Gelenksschäden)
- ! Ausgeprägte Tendopathien
- ! Patella-Luxation nach lateral
- ! Radius Curvus

Ausnahmen, Mängel, die nicht gegen einen Einsatz als Blindenführhund und alle Assistenzhunde sprechen:

- ! Lokale Demodikose
- ! Futtermittelallergie (sofern mit kommerziellem Fertigfutter beherrschbar)
- ! Patella-Luxation: hab.med. I und II (ohne Arthrosenbildung) - gilt nur für Signalthunde!

Maximal 2 dieser Ausnahmen werden toleriert, wenn sie auf Vorder- und Hinterextremität verteilt sind.

Akute Erkrankungen müssen vor Abgabe an den/die Assistenzhundehalter/in ausgeheilt sein!

Gesamtbeurteilung:

Die zusammenfassende Beurteilung erfolgt durch den untersuchenden TA nach Vorliegen aller zusätzlichen Befunde.