C E R T I F I K Á T

o vyšetrení ramenných kĺbov na **Osteochondritis dissecans** u psov

Plemeno: ................................................ Pohlavie: ..........................................

Meno: ................................................................................................................

Tetovacie číslo: ...................................... Číslo mikročipu: ................................

Dátum narodenia: ..............................................................................................

Majiteľ - meno a priezvisko: ..............................................................................

Adresa: ........................................................................... PSČ: ........................

Tel. kontakt: ......................................................................................................

Dátum röntgenologického vyšetrenia: ..............................................................

RTG vyšetrenie vykonal: ..................................................................................

Adresa a kontakt: ..............................................................................................

**Výsledok:**

Ľavý kĺb: a) OCD negatívne Pravý kĺb: a) OCD negatívne

 b) OCD pozitívne b) OCD pozitívne

Dátum hodnotenia: ...........................................

**Prof. MVDr. Valent Ledecký, CSc***hodnotiteť*