

**FORMULAR BLUTABNAHME**  
**zwecks DNA Untersuchung auf Hypophysären Zwergenwuchs**

Registrierungsnummer (nicht ausfüllen):

**Datum der Blutabnahme:**

**Persönliche Angaben vom Hundehalter**

Name:

Adresse:

Postleitzahl & Wohnort:

Land:

Telefon:

E-mail:

Rasse: Saarlooswolfhond

Vollständiger Name vom Hund:

Zuchtbuch-Nummer (Kopie des Stammbaumes mitsenden):

Täto- oder Chipnummer:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß das Testergebnis an den Saarlooswolfhond-Club Deutschland e.V. weitergegeben und in der GCS Datenbank erfaßt werden darf. (Falls nicht gewünscht, diesen Passus streichen.)

Unterschrift Hundehalter:

**Angaben zum Tierarzt oder eigens dafür anwesenden unabhängigen Kontrolleur**

Name Tierarzt:

Praxis:

Adresse:

Postleitzahl + Wohnort:

Telefon:

**Bestätigung der Identität des Tieres**

Der Tierarzt/Kontrolleur erklärt hiermit, daß am genannten Datum die Identität von oben angeführtem Tier geprüft und bestätigt wurde. Die beigelegte Blutprobe wurde nach den unten genannten Anforderungen von dem betreffenden Tier abgenommen.

Unterschrift Tierarzt/Kontrolleur:

Mindestens 4 ml EDTA Blut ungekühlt zusammen mit diesem Formular und einer Kopie vom Stammbaum senden an:

H.S. Kooistra  
Departement Geneeskunde van Gezelschapsdieren  
Yalelaan 108  
NL-3584 CM Utrecht