



## Körschein

|                  |                                                    |                                      |                                                 |
|------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Name des Hundes: | <b>Welshriverdee Amore Mio</b>                     |                                      |                                                 |
| SHSB-Nummer.:    | <b>764974</b>                                      | Microchip:                           | <b>756098000111653</b>                          |
| Geschlecht:      | <b>Rüde</b>                                        | Geburtsdatum:                        | <b>9.3.2019</b>                                 |
| Farbe:           | <b>Schwarz-weiss</b>                               | Haarart:                             | <b>langhaar</b>                                 |
| Name des Vaters: | <b>Tending Courage</b>                             | Nr.:                                 | <b>FI 13138/16</b>                              |
| Name der Mutter: | <b>Never Never Land U'Revenge</b>                  | Nr.:                                 | <b>SHSB 725904<br/>PKR 72242 LOP<br/>507436</b> |
| Eigentümer:      | <b>Pires Ana</b><br>Abbé Serasset 2, 2802 Develier |                                      |                                                 |
| DNA-Attest:      | <b>10.3.2020</b>                                   | CEA DNA Status                       | <b>träger</b>                                   |
|                  |                                                    | MDR1 Status:                         | <b>N/N</b>                                      |
|                  |                                                    | DM, IGS, TNS, NCL,<br>GG, SN Status: | <b>N/N</b>                                      |
| PRA-Attest:      | <b>17.3.2021</b>                                   |                                      |                                                 |
| HD-Attest:       | <b>23.3.2020</b>                                   | HD-Grad:                             | <b>B/B</b>                                      |
|                  |                                                    | OCD:                                 | <b>frei</b>                                     |
|                  |                                                    | ED:                                  |                                                 |
|                  |                                                    | LSÜG:                                | <b>0</b>                                        |
| Angekört am:     | <b>18.7.2021</b>                                   | bis zum:                             | <b>Lebensende</b>                               |

### Bedingungen

Vor jeder Zuchtverwendung ist sicherzustellen, dass beide Partner sämtliche Bedingungen des Zucht- und K örreglementes des BCCS sowie des Eintragungsreglementes der SKG erfüllen.

### Bemerkungen, Empfehlungen:

Bei Zuchtpartner auf korrekte Rutenhaltung achten

BORDER COLLIE CLUB SCHWEIZ  
Zuchtwart/in.

Ort, Datum: Rothenburg / LU, 18.7.2021

|                         |                                              |               |            |
|-------------------------|----------------------------------------------|---------------|------------|
| Rasse/Race              | Border Collie                                |               |            |
| Name/Nom                | <b>Welshriverdee Amore Mio (FCI)</b>         |               |            |
| Wurfdatum/Né(e) le      | 09.03.2019                                   | Haarart/Poil  | long       |
| Geschlecht/Sexe         | Mâle                                         | Farbe/Couleur | noir-blanc |
| Züchter/Éleveur         | Pires Ana, Abbé Serasset 2, CH-2802 Develier |               |            |
| Eigentümer/Propriétaire | Pires Ana, Abbé Serasset 2, CH-2802 Develier |               |            |

| Eltern/Parents                                                                                                                                                                                           | Grosseltern/Grands-parents                                                                                                             | Urgrosseltern/Bisaïeuls                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vater / Père</b><br><br><b>Tending Courage</b><br><b>FI 13138/16</b><br>schwarz-weiss, HD A, ED 0, CEA/PRA frei, OCD frei (OFA), IGS: N/N, TNS: N/N, NCL: N/N, GG: N/N, SN: N/N, CEA: N/CEA, MDR1 +/- | <b>Borderness Halvan</b><br><b>SE REGV 1064/2011</b><br>HD A, ED 0                                                                     | <b>Dombäcks Lot</b><br><b>SE REGV 1069/2003</b>                                                     |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        | <b>Borderness Miloo II</b><br><b>SE REGV 1531/2014</b>                                              |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        | <b>Kronvallaren Gubben</b><br><b>SE REGV 1821/2005</b><br>HD A, ED 0                                |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        | <b>Tending Bluey</b><br><b>FIN 26559/02</b><br>HD B/B, ED 0/0                                       |
| <b>Mutter / Mère</b><br><br><b>Never Never Land U'Revenge</b><br><b>SHSB 725904 PKR 72242 LOP 507436</b><br>schwarz-weiss, stockhaar, HD B/B, OCD frei, CEA: DNA normal, PRA frei 23.02.2018             | <b>Rising Sun Dark Rider</b><br><b>AKC DN 22053201</b><br>schwarz-weiss, HD A, CEA/TNS/CL: Normal, PRA/KAT frei, GLAUKOM frei, AGI-LK3 | <b>Rayzor</b><br><b>AKC DN 18293201</b>                                                             |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        | <b>Ris'Nsun Spin</b><br><b>AKC DN 15572206</b><br>tricolor                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        | <b>Whenway Decorated Hero</b><br><b>DK 03260/2001</b><br>blau-weiss, HD B, Int.-Schönheits-Champ    |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        | <b>Never Never Land Alice in Wonde</b><br><b>PKR 52578</b><br>schwarz-weiss, HD A, ED 0, CEA/CL/TNS |

SHSB/LOS

Tät./Tat./Chip Code



764974


**SKG SCS**  
 hund schweiz chien suisse cane svizzero

|                          |                                                       |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|
|                          | Ururgrosseltern/Trisaïeuls                            |
|                          | Ben<br>SE REGV 1406/2001                              |
|                          | Sunnangårdens Lisa<br>SE REGV 1446/99                 |
|                          | Asphagens Don<br>SE REGV 1465/97                      |
|                          | Nezzy<br>SE REGV 1323/97                              |
|                          | Eryri Roi<br>SE REGV 1256/2005                        |
|                          | Vimsa<br>SE REGV 1205/98                              |
|                          | Tonado's Black Flash<br>SE REGV 1164/96               |
|                          | Tending True-Blue Troll<br>FIN 15815/98               |
|                          | Llh Beau (FCI nicht anerkannt)<br>ABCA 269724         |
|                          | Indian Oak Annie (FCI nicht anerkannt)<br>ABCA 236744 |
|                          | Astra Tweed<br>ISDS 231276                            |
|                          | Ris'Nsun Penny<br>ABCA 156702                         |
| I.B., DK-Champion        | Whenway Royal Highlander<br>KCSB 0690CG               |
|                          | Cories Ashayer<br>KCRC R0573203R01                    |
| d<br>normal, PL-Champion | Cornilea Rory<br>NHSB 1850845                         |
|                          | Kamarda Anais Anais<br>PRK 51725                      |

Eigentümerwechsel dürfen nur von der Stammbuchverwaltung eingetragen werden

Changement de propriétaire à faire inscrire uniquement par le secrétariat du Livre des Origines Suisse

Übergegangen / Cédé an / à

an / à

an / à

am / le

am / le

am / le

Vermerke zur Zuchtzulassung  
Remarques sur l'aptitude à l'élevage

angekört bis *Lebensende*  
BORDER COLLIE CLUB  
SCHWEIZ  
Zuchtwart/in *18.7.21*  
*[Signature]*

Veterinärmedizinische Befunde  
Résultats d'examens vétérinaires

*Träger*  
CEA genetically *NORMAL*  
BORDER COLLIE CLUB DER SCHWEIZ  
Zuchtwart/in *18.7.21*  
*[Signature]*

Zuchtverwendung / Portées

| Deckrüde / Etalon | SHSB / LOS | Wurfdatum<br>Date de mise bas | Eingetragene<br>Welpen<br>Chiots<br>inscrits | Zuchtpause<br>bis / Pause<br>d'élevage<br>jusqu'au |
|-------------------|------------|-------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |
|                   |            |                               |                                              |                                                    |

Ausstellungs- und Prüfungserfolge / Résultats d'expositions et de concours de travail

| Jahr<br>Année | Ausstellung / Prüfung<br>Exposition / Concours de travail | Qualifikation / Qualification | Richter / Juge |
|---------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |
|               |                                                           |                               |                |

Homologierte Titel / Titres homologués

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



## Formwertbeurteilung

Name des Hundes: **Welshriverdee Amore Mio**  
Geb.datum: **9.3.2019**  
SHSB-Nummer: **764974** Microchip-Nr.: **756098000111653**

|                       |                                                                                                  |                  |                           |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|
| Grösse:               | 53cm                                                                                             | Knochenbau:      | kräftig                   |
| Kopf / Ausdruck:      | Gut proportioniert, Ausdruck typisch                                                             |                  |                           |
| Stop:                 | Sollte ausgeprägter sein                                                                         | Augen:           | Gut eingesetzt hellbraun  |
| Ohren (Form, Ansatz): | Korrekt angesetzt und getragen, Stehohren                                                        | Gebiss:          | Schere komplett, kräftig  |
| Hals:                 | Sehr gute Länge, muskulös                                                                        | Schulter:        | Sehr gute Länge und Lage  |
| Rücken:               | Gerade, fest                                                                                     | Lende:           | Korrekte Länge und Breite |
| Brustkorb:            | Sehr gute Rippenwölbung und Vorbrust, Brust etwas spitz auslaufend                               |                  |                           |
| Rute:                 | Korrekte Länge, hoch angesetzt, in der Bewegung wird die Rute zu hoch leicht eingerollt getragen | Hoden:           | Normal entwickelt         |
| Fundament, Stand:     | Vorne und hinten leicht zehenweit                                                                |                  |                           |
| Gangwerk vorne:       | Korrekt, leicht lose im Ellbogen                                                                 | Gangwerk hinten: | Korrekt                   |
| Gangwerk gesamt:      | Guter Bewegungsablauf, nicht fest in der Front                                                   |                  |                           |

Haarart                    x Langhaar                    ☐ Stockhaar                    Farbe                    schwarz/weiss mottel

Weissfaktor                    ☐ ja                    x nein                    Pigment                    mittel

Fellqualität                    korrekt

Gesamteindruck                    Rüde mit guten Proportionen, sehr gute Vorhandwinkelung, die Hinterhand ist sehr gut gewinkelt, an beiden Hinterläufen doppelte Afterkrallen vorhanden, verknöchert

Verhalten                    freundlich, sicher

Formwert                    sg

Resultat                    x bestanden                    ☐ zurückgestellt                    ☐ nicht bestanden

Grund bei nicht bestanden

Empfehlungen                    auf korrekte Rutenhaltung achten

Ort, Datum:                    Rothenburg / LU, 18.7.2021

Richter/in

Funktionär/in BCCS

Hundeführer/in



## Questions sur la vie et l'habitat du chien

Nom du chien: **Welshriverdee Amore Mio**

Date de naissance **9.3.2019**

Numéro SHSB: **764974**

No de la puce électronique.: **756098000111653**

☐ chien

☐ chienne

Propriétaire: Ana Pires

Repris de l'éleveur avec ..... semaines / ..... mois / ... années *(e levé moi-même)*

Autres changements de mains  
2. avec ..... semaines / ..... mois / ..... années  
3. avec ..... semaines / ..... mois / ..... années *non*

Présentateur est ☒ propriétaire ☐ familial ☐ non-familier

Conditions d'habitat  
☐ zone urbaine ☒ campagne  
☐ situation d'habitat tranquille ☐ situation d'habitat agité  
☒ maison et jardin ☐ appartement  
☐ chenil  
☐ habitué au trafic ☐ inaccoutumé au trafic  
☐ vit seul ☐ vit en groupe

Condition physique ☒ en santé ☐ malade

Comportement à l'heure actuelle  
☐ autrement ☒ comme d'habitude  
év. plus de détails: \_\_\_\_\_

Informations concernant les chiennes  
☐ en chaleur ☒ pseudo-grossesse dernière chaleur \_\_\_\_\_

Le chien est sous médicaments:  
☐ oui ☒ non ☐ prép.alternative  
év. plus de détails: \_\_\_\_\_

Caractéristiques particulières du chien ☒ aucune ☐ \_\_\_\_\_

Incident de morsure ☒ non ☐ oui

Annonce d'un incident au vétérinaire cantonal selon l'art. 78 TSchV ☒ non ☐ oui  
Mesures prescrites ☒ non ☐ oui

Le présentateur confirme, par sa signature, que toutes les informations ont été données de manière véridique et que le chien est en mesure de passer le test de caractère à l'heure actuelle.

Lieu, date: Rothenburg / LU, 18.7.2021

Guide du chien: Ana Pires



## Verhaltensbeurteilung

Name Hund: **Welschriverdee Amore Mio**

SHSB Nr.: **764974**

Chip Nr.: **756098000111653**

| Aktion                  | Reaktionen                                                                                                                               | Kontakt nicht möglich                                                                                                                                                     | Position zu Hundeführer                                                                                      | Körpersprache                                                                                                                                                                                            | Resultat                                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kontakt mit Menschen    | <input type="checkbox"/> sehr freundlich<br><input checked="" type="checkbox"/> interessiert<br><input type="checkbox"/> aktiver Kontakt | <input type="checkbox"/> weicht aus<br><input type="checkbox"/> lässt sich anfassen<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt   | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| 1 Freilauf / Begrüssung |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Chip lesen / anfassen   |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Bemerkungen             |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Optische Einwirkungen   | <input type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                                          | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| 1 Schirm                |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Optische Einwirkungen   | <input type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                                          | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| 2 Blache, Tuch          |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Optische Einwirkungen   | <input type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                                          | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| 3 Stofflier             |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Optische Einwirkungen   | <input checked="" type="checkbox"/> interessiert sich<br><input checked="" type="checkbox"/> geht hin                                    | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| Bemerkungen             |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Akustische Einwirkungen | <input checked="" type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                               | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| 1 schwacher Knall       |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| 2 x                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Akustische Einwirkungen | <input checked="" type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                               | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| 2 Jutesack mit Büchsen  |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| Akustische Einwirkungen | <input checked="" type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                               | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> vor<br><input checked="" type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |

Ort, Datum:  
Rothenburg / LU, 18.7.2021



## Verhaltensbeurteilung

Name Hund: **Welschriverdee Amore Mio**

SHSB Nr.: **764974**

Chip Nr.: **756098000111653**

|                                                                                            |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                            |                                                                                                              |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Akustische Einwirkungen</b><br>3 Rasselwagen                                            | <input type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> wenig interessiert<br><input type="checkbox"/> nimmt Notiz<br><input type="checkbox"/> lässt sich herlocken<br><input type="checkbox"/> orientiert sich am Hf                                                    | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt       | <input type="checkbox"/> Panik<br><input type="checkbox"/> läuft weg<br><input type="checkbox"/> attackiert<br><input type="checkbox"/> beisst             | <input checked="" type="checkbox"/> vor<br><input type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | <input type="checkbox"/> 0-1 m<br><input checked="" type="checkbox"/> < 5 m<br><input type="checkbox"/> - 10 m<br><input type="checkbox"/> 10 m + | Kopf/Rute:<br><input checked="" type="checkbox"/> hoch<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz            | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| <b>Akustische Einwirkungen</b><br>4 Blech                                                  | <input type="checkbox"/> interessiert sich<br><input type="checkbox"/> geht hin                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> wenig interessiert<br><input checked="" type="checkbox"/> nimmt Notiz<br><input type="checkbox"/> lässt sich herlocken<br><input type="checkbox"/> orientiert sich am Hf                                         | <input type="checkbox"/> erschrickt kurz<br><input type="checkbox"/> weicht etwas aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt       | <input type="checkbox"/> Panik<br><input type="checkbox"/> läuft weg<br><input type="checkbox"/> attackiert<br><input type="checkbox"/> beisst             | <input checked="" type="checkbox"/> vor<br><input type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | <input type="checkbox"/> 0-1 m<br><input checked="" type="checkbox"/> < 5 m<br><input type="checkbox"/> - 10 m<br><input type="checkbox"/> 10 m + | Kopf/Rute:<br><input checked="" type="checkbox"/> hoch<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz            | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| <b>Kontakt mit Menschen</b><br>2 Mensch mit Krücken<br>in Bewegung                         | <input type="checkbox"/> sehr freundlich<br><input checked="" type="checkbox"/> interessiert<br><input type="checkbox"/> aktiver Kontakt                                | <input checked="" type="checkbox"/> freundlich<br><input type="checkbox"/> nicht interessiert<br><input type="checkbox"/> passiver Kontakt<br><input type="checkbox"/> orientiert sich am Hf                                                         | <input type="checkbox"/> weicht aus<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt                                                         | <input type="checkbox"/> attackiert<br><input type="checkbox"/> beisst<br><input type="checkbox"/> Panik                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> vor<br><input type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | <input type="checkbox"/> 0-1 m<br><input checked="" type="checkbox"/> < 5 m<br><input type="checkbox"/> - 10 m<br><input type="checkbox"/> 10 m + | Kopf/Rute:<br><input checked="" type="checkbox"/> hoch<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz            | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| <b>Kontakt mit Menschen</b><br>3 Menschengruppe:<br>1x gehend, 2x gehend<br>und klatschend | <input type="checkbox"/> sehr freundlich<br><input type="checkbox"/> interessiert<br><input type="checkbox"/> aktiver Kontakt<br><input type="checkbox"/> geht hindurch | <input checked="" type="checkbox"/> freundlich<br><input type="checkbox"/> nicht interessiert<br><input type="checkbox"/> passiver Kontakt<br><input checked="" type="checkbox"/> umgeht nahe 2. x<br><input type="checkbox"/> orientiert sich am Hf | <input type="checkbox"/> weicht aus<br><input checked="" type="checkbox"/> umgeht weit 1. x<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt | <input type="checkbox"/> attackiert<br><input type="checkbox"/> beisst<br><input type="checkbox"/> Panik                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> vor<br><input type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | <input type="checkbox"/> 0-1 m<br><input checked="" type="checkbox"/> < 5 m<br><input type="checkbox"/> - 10 m<br><input type="checkbox"/> 10 m + | Kopf/Rute:<br><input checked="" type="checkbox"/> hoch<br><input type="checkbox"/> /<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| <b>Belastbarkeit</b><br>1 erneuter Anlauf                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ohne Zögern, locker                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> zögert kurz<br><input type="checkbox"/> etwas gespannt<br><input type="checkbox"/> etwas nervös                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> zögert stark, kommt<br>nach max. 3 x Rufen<br><input type="checkbox"/> verkrampt<br><input type="checkbox"/> nervös                                    | <input type="checkbox"/> kommt nicht<br><input type="checkbox"/> versteckt sich<br><input type="checkbox"/> zittert<br><input type="checkbox"/> hechelt    | <input checked="" type="checkbox"/> vor<br><input type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter | <input type="checkbox"/> 0-1 m<br><input checked="" type="checkbox"/> < 5 m<br><input type="checkbox"/> - 10 m<br><input type="checkbox"/> 10 m + | Kopf/Rute:<br><input checked="" type="checkbox"/> hoch<br><input type="checkbox"/> /<br><input checked="" type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| <b>Bemerkungen</b><br>Kontakt mit Menschen<br>4 Hund alleine, angeleint                    | <input checked="" type="checkbox"/> sehr freundlich<br><input checked="" type="checkbox"/> interessiert<br><input checked="" type="checkbox"/> aktiver Kontakt          | <input type="checkbox"/> freundlich<br><input type="checkbox"/> nicht interessiert<br><input type="checkbox"/> passiver Kontakt<br><input type="checkbox"/> unterwürfig                                                                              | <input type="checkbox"/> weicht aus<br><input type="checkbox"/> lässt sich anfassen<br><input type="checkbox"/> teilnahmslos<br><input type="checkbox"/> knurrt / bellt         | <input type="checkbox"/> Kontakt nicht möglich<br><input type="checkbox"/> attackiert<br><input type="checkbox"/> beisst<br><input type="checkbox"/> Panik | <input type="checkbox"/> vor<br><input type="checkbox"/> neben<br><input type="checkbox"/> hinter            | <input type="checkbox"/> 0-1 m<br><input type="checkbox"/> < 5 m<br><input type="checkbox"/> - 10 m<br><input type="checkbox"/> 10 m +            | Kopf/Rute:<br><input type="checkbox"/> hoch<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> /<br><input type="checkbox"/> eingezogen<br><input type="checkbox"/> Urin- / <input type="checkbox"/> Kot-Absatz                       | <input checked="" type="checkbox"/> bestanden<br><input type="checkbox"/> nicht bestanden |
| <b>Bemerkungen</b>                                                                         |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                            |                                                                                                              |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                           |

→ weite und enge Gasse: geht hinaus, lässt sich aber hinein locken.

Ort, Datum:  
Rothenburg / LU, 18.7.2021



## Verhaltensbeurteilung

Name Hund: **Welshriverdee Amore Mio**

SHSB Nr.: **764974**

Chip Nr.: **75609800011653**

## Gesamtbeurteilung:

- |                                                |                                             |                                       |                                             |                                             |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr gross | <input type="checkbox"/> gross              | <input type="checkbox"/> mittel       | <input type="checkbox"/> klein              | <input type="checkbox"/> keine              |
| <input type="checkbox"/> rasch                 | <input checked="" type="checkbox"/> langsam | <input type="checkbox"/> sehr langsam | <input type="checkbox"/> nicht zu beruhigen | <input type="checkbox"/> keine              |
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr gross | <input type="checkbox"/> gross              | <input type="checkbox"/> mittel       | <input type="checkbox"/> klein              | <input type="checkbox"/> sehr wenig         |
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr viel  | <input type="checkbox"/> viel               | <input type="checkbox"/> mittel       | <input type="checkbox"/> wenig              | <input type="checkbox"/> nicht feststellbar |
| <input type="checkbox"/> zu gross              | <input checked="" type="checkbox"/> gross   | <input type="checkbox"/> mittel       | <input type="checkbox"/> wenig              |                                             |

- ☒ Reaktivität:
- ☒ Beruhigung:
- ☒ Aufmerksamkeit:
- ☒ Temperament:
- ☒ Bindung zum Führer:

## Entscheid

☒ bestanden ☐ nicht bestanden

☐ zurückgestellt

Grund:

Bemerkung / Empfehlung:

Der unterzeichnende Hundeführer erklärt, über die Gründe des Entscheides informiert worden zu sein.

Ort, Datum:

Rothenburg / LU, 18.7.2021

Unterschriften:

Wesensrichter/in

Funktionär/in BCCS

Hundeführer/in

## Rechtsmittelbelehrung / Rekurs

Gegen Entscheide der Zuko und der Korrichter kann **inner 21 Tagen** mittels eingeschriebenem Brief (unter Berücksichtigung der Bedingungen des BCCS Zucht- und Körreglement), Rekurs an den Präsidenten, zu Händen des Vorstandes des BCCS, eingereicht werden (gem. BCCS ZKR 9.1-9.3).  
Rekurs gegen letztinstanzliche Entscheide des Rasseklubs sind gemäss Artikel 4.7 des ZRSKG zu handhaben.



Border Collie Club der Schweiz  
Club Suisse du Border Collie

---

## Einverständniserklärung

Name des Hundes: **Welshriverdee Amore Mio**  
Geb.datum: **9.3.2019**  
SHSB-Nummer: **764974**      Microchip-Nr.: **756098000111653**

---

Ich erkläre mich einverstanden, mit der Eintragung, der Verarbeitung und der Publizierung aller zuchtrelevanten Angaben zum oben genannten Hund in die Border Collie Club Schweiz Zuchtdatenbank CanisMaster.

Je me déclare d'accord avec l'enregistrement, le traitement et la publication de toutes les informations de sélections du chien cité ci-dessus, dans la base de sélection CanisMaster de Club Suisse du Border Collie.

---

Ort, Datum:

Rothenburg / LU, 18.7.2021

Unterschrift Eigentümer des Hundes



---

# Beurteilung von Röntgenbildern auf erbliche Skeletterkrankungen

## Erstgutachten

### Angaben zum Tier

200314 **ZH/R**

Rasse: Border Collie

Geburtsdatum: 09.03.2019

Geschlecht: männlich

Name gemäss Abstammungsurkunde:

Name gemäss Amicus:

Welshriverdee Amore Mio

Loukas

SHSB oder  
ausländische Nr: 764974

Chip-Nr.: 756098000111653

Gebrauchszweck: Familienhund

Kastriert: nein

### Angaben zum Halter

Name: Pires de Gouveia Araújo

Vorname: Ana

Adresse: Rue Abbé Sérasset 2

PLZ/Ort: 2802 Develier

E-Mail: anapireszoom@gmail.com

Tel. Nr.: 078 865 54 56

### Angaben zum Röntgentierarzt

Tierarzt: Mazelier Quentin

Praxis/Klinik: Vétérinaires Mont-Terri Sàrl

Adresse: Sur-le-Bottenier 1

PLZ/Ort: 2950 Courgenay

Tel.Nr.: 032 466 53 45

Fax.Nr.:

E-Mail: info@vetmt.ch

### Befunde der Dysplasie-Kommission Zürich gemäss FCI / IEWG-Richtlinien

| Hüftgelenk<br>HD-Grad                                                                                                                                                                                                 | Ellbogen<br>ED-Grad | Schulter<br>Osteochondrose | <del>lumbosakraler<br/>Übergang</del> | Wirbelsäule<br>Spondylose | andere:      |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|---|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----|--|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------|-----------------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---|---|---|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| <table><tr><td>Re</td><td>Li</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td><del>B</del></td><td><del>B</del></td></tr><tr><td>C</td><td>C</td></tr><tr><td>D</td><td>D</td></tr><tr><td>E</td><td>E</td></tr></table> | Re                  | Li                         | A                                     | A                         | <del>B</del> | <del>B</del> | C | C | D | D | E | E | <table><tr><td>Re</td><td>Li</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>IPA</td><td>PCM</td></tr><tr><td></td><td>OC</td></tr></table> | Re | Li | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | IPA | PCM |  | OC | <table><tr><td>Re</td><td>Li</td></tr><tr><td><del>frei</del></td><td><del>frei</del></td></tr><tr><td>befallen</td><td>befallen</td></tr></table> | Re | Li | <del>frei</del> | <del>frei</del> | befallen | befallen | <table><tr><td><del>0 normal</del></td></tr><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr><tr><td>unbestimmbar</td></tr></table> | <del>0 normal</del> | 1 | 2 | 3 | unbestimmbar | <table><tr><td>0</td></tr><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | <div></div> <div></div> <div></div> |
| Re                                                                                                                                                                                                                    | Li                  |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| A                                                                                                                                                                                                                     | A                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| <del>B</del>                                                                                                                                                                                                          | <del>B</del>        |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| C                                                                                                                                                                                                                     | C                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| D                                                                                                                                                                                                                     | D                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| E                                                                                                                                                                                                                     | E                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| Re                                                                                                                                                                                                                    | Li                  |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 0                                                                                                                                                                                                                     | 0                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 1                                                                                                                                                                                                                     | 1                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 2                                                                                                                                                                                                                     | 2                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 3                                                                                                                                                                                                                     | 3                   |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| IPA                                                                                                                                                                                                                   | PCM                 |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                       | OC                  |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| Re                                                                                                                                                                                                                    | Li                  |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| <del>frei</del>                                                                                                                                                                                                       | <del>frei</del>     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| befallen                                                                                                                                                                                                              | befallen            |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| <del>0 normal</del>                                                                                                                                                                                                   |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 1                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 2                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 3                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| unbestimmbar                                                                                                                                                                                                          |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 0                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 1                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 2                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 3                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |
| 4                                                                                                                                                                                                                     |                     |                            |                                       |                           |              |              |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |  |    |                                                                                                                                                    |    |    |                 |                 |          |          |                                                                                                                                             |                     |   |   |   |              |                                                                                                                |   |   |   |   |   |                                     |

Kommentar:

HD = Hüftgelenkdysplasie; ED = Ellbogengelenkdysplasie; LSÜGW = Lumbosakraler Übergangswirbel  
Bei ED-Grad LPA = Isolierter Processus anconaeus; FPCM = Fragmentierter Processus coronoideus medialis; OC = Osteochondrose  
Literatur zu den einzelnen Erkrankungen finden Sie auf [www.dysplasie-schweiz.ch](http://www.dysplasie-schweiz.ch)

HD/ED: Die Beurteilung erfolgte anhand von 2 Aufnahmen pro Gelenk. Stefanie Ohlerth, PD. Dr. med. vet., DECVDI

Der HD- bzw. ED-Grad des Tieres entspricht dem Befund für das schlechtere Gelenk.   
 Überärztin  
 Eingebende Diagnostik  
 Vetsuisse-Fakultät  
 Universität Zürich  
 Winterthurerstrasse 258c  
 8057 Zürich

Zürich, Datum:

Gutachterin:

Das unterschriebene Original wird dem Halter zugestellt.



## BEFUNDBOGEN AUGENUNTERSUCHUNG

Certificate of eye examination

European College of Veterinary Ophthalmologists

SAVO

Swiss Association of  
Veterinary Ophthalmologists  
info@s-a-v-o.ch  
www.s-a-v-o.ch

ECVO Reg Nr. Untersuchung reg no examination

O-CH Nr. 1007577

ECVO Reg Nr. Untersucher reg no examiner

S1

## Tier animal

|                                  |                                                                                               |                                                                    |                                                                             |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Name<br>name                     | Weishrverdee Amore Mio                                                                        |                                                                    |                                                                             |
| Rasse<br>breed                   | Border Collie                                                                                 |                                                                    |                                                                             |
| Zuchtbuch Nr.<br>registration no | 764974                                                                                        | Zuchtverband<br>breed club                                         | Border Collie Club der Schweiz BCCS                                         |
| Mikrochip Nr.<br>microchip no    | 756098000111653                                                                               | Farbe<br>colour                                                    | schwarz weiss                                                               |
| Wurfdatum<br>date of birth       | 09 - 03 - 2019                                                                                | Tätowier Nr.<br>tattoo                                             |                                                                             |
| Geschlecht<br>sex                | <input type="checkbox"/> Weiblich female<br><input checked="" type="checkbox"/> Männlich male | Bisherige Untersuchungen<br>previous examination                   | <input checked="" type="checkbox"/> Nein no <input type="checkbox"/> Ja yes |
| Wenn abnormal<br>if abnormal     | <input type="checkbox"/> Ja yes <input checked="" type="checkbox"/> Nein no                   | Datum, Zert. Nr. + Reg. Nr. Unters.<br>date, cert no + reg no exam |                                                                             |
| DNA-Tests<br>dna tests           | <input checked="" type="checkbox"/> Nein no <input type="checkbox"/> Ja yes                   | Typ, Datum<br>type, date                                           |                                                                             |

## Eigentümer/Besitzer owner/agent

|                          |                 |                 |          |
|--------------------------|-----------------|-----------------|----------|
| Name<br>name             | Pires Ana       |                 |          |
| Adresse<br>address       | Abbe Serasset 2 |                 |          |
| Land, PLZ<br>country ZIP | CH 2802         | Wohnort<br>town | Develier |

Der Untersucher/Untersucherin ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes (SAVO) und des European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) einverstanden und bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist. Er stimmt der elektronischen Speicherung dieses Zertifikates durch die SAVO und VIZ zu und genehmigt die Weiterleitung des Zertifikates an den oben angegebenen Zuchtverband. Er ist mit der Auswertung der nachfolgenden Untersuchungsergebnisse einverstanden und erlaubt anonymisierte Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse durch die SAVO und VIZ.

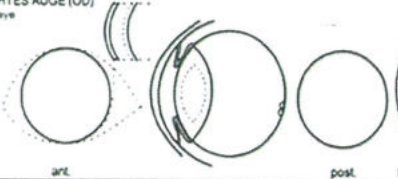
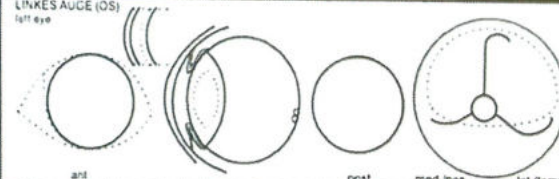
The undersigned agrees to the rules of the national scheme (SAVO) and the European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signature also means that the undersigned agrees expressly to the electronic storage of this certificate by the SAVO and VIZ and approves the transfer of the certificate to the above mentioned breeding club. He agrees with evaluations of the following results and allows anonymous publication of the results by the SAVO and VIZ.

Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer  
date, signature owner/agent

## Untersuchung examination

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum<br>date                     | 17 - 03 - 2021                                                                                                                                                                                                                  | Kontrolle der Tätowierung<br>check tattoo   | <input type="checkbox"/> Richtig correct <input type="checkbox"/> Teilweise/unleserlich partly/unreadable <input type="checkbox"/> Falsch incorrect <input checked="" type="checkbox"/> Fehlt absent |
| Standardmethode:<br>method/mimtal | Mydriatikum, indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie $\geq 10\times$<br>mydriatic, indirect ophthalmoscopy and binocular biomicroscopy $\geq 10\times$                                                            | Kontrolle des Mikrochips<br>check microchip | <input checked="" type="checkbox"/> Richtig correct <input type="checkbox"/> Falsch incorrect <input type="checkbox"/> Fehlt absent                                                                  |
| Zusätzlich:<br>optional           | <input type="checkbox"/> Untersuchung vor Weitstellung<br><input type="checkbox"/> Direkte Ophthalmoskopie<br><input type="checkbox"/> Gonioskopie (ohne Mydriatikum)<br><input type="checkbox"/> Tonometrie (ohne Mydriatikum) |                                             |                                                                                                                                                                                                      |

Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.  
if an other method is used this form only has value with a specifying certificate

RECHTES AUGE (OD)  
right eyeLINKES AUGE (OS)  
left eyeAnmerkungen:  
descriptive comments8. ICA: Lig. Pectinatum Anomalie ☐ Geringgradig ☐ Mittelgradig ☐ Hochgradig  
PLA mid moderate severeAugenerkrankung Nr.:  
eye disease no.☐ Geringgradig ☐ Hochgradig  
mild severeKammerwinkelweite  
ICA width☐ Eng (mittelgradig) ☐ Verschluss (hochgradig)  
narrow (moderate) closed (severe)Erbliche und vermutlich erbliche Augenerkrankungen  
Known and presumed hereditary eye diseasesBemerkung für 12 Monate  
Results valid for 12 months

|                                                                                    | FREI                                | ZWEIFELHAFT              | NICHT FREI               |                     | FREI                                | VORLAUFIG NICHT FREI     | NICHT FREI               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grad 1              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/HPV) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grad 2-6            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 3. Katarakt (kongenital)                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (Multifokal)        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 4. Retinadysplasie (RD)                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geografisch         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Hypoplasie/Mikropapille                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Total               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 6. Colie Augenanomalie (CEA)                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Choroid. Hypoplasie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 7. Sonstige:<br>other                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kolobom             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 8. Kammerwinkelanomalie (ICAA)<br>(nur nach Gonioskopie)                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

## Erklärungen interpretation

- \* „Frei“. Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. „Nicht frei“. Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung sind vorhanden. „Unaffected“ signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specified, whereas „affected“ signifies that there is such evidence.
- \*\* Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch. The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed inherited eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.
- \*\*\* Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in ... Monaten. The animal displays minor, but specific clinical signs of the presumed inherited eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Reexamination in ... months.

## Für weitere Informationen bitte wenden an:

## Untersucher examiner

Der/Die Unterzeichnende hat/die oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben.  
The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown.  
Dieses Formular ist auch ohne Unterschrift gültig.  
This form is valid without signature.

Name  
name  
Dr. med. vet. Jürg Bolliger  
Ort  
place  
Oftringen  
07-2019 © ECVO  
Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO  
signature examiner, authorized by ECVO

Pires, Anna

## Certificat

sur le test maladie Collie Eye Anomalie (CEA) - PCR

LABOKLIN-résultat-Nr.: 2002C03787

Chien: Border Collie, Mâle, \* 09.03.19  
"Welshriverdee Amore Mio"

Nr. du pedigree: LOS 764974

Nr. du transpondeur: 756098000111653

Nr. du tatouage: ---

Résultat CEA: Génotype N/CEA (porteur)

**LABOKLIN SIA**

Fr. Candra  
1046 Riga

Riga, 10.03.2020

Derīgs tikai ar oriģinālo zīmogu.





8700 4050 9826

Welshriverdee Amore Mio, Border Collie

## MyDogDNA vet report - Loukas

## Known Disorders in the Breed

| Disorder                                                                                                             | Result |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Degenerative Myelopathy, (DM; SOD1A)                                                                                 | CLEAR  |
| Dental Hypomineralisation; mutation originally found in Border Collie                                                | CLEAR  |
| Early Adult Onset Deafness (EAOD) in Border Collies (linked marker test)                                             | CLEAR  |
| Goniodysgenesis and glaucoma; mutation originally found in Border Collie                                             | CLEAR  |
| Intestinal Cobalamin Malabsorption or Imerslund-Gräsbeck Syndrome, (IGS); mutation originally found in Border Collie | CLEAR  |
| Neuronal Ceroid Lipofuscinosis 5, (NCL5); mutation originally found in Border Collie                                 | CLEAR  |
| Sensory Neuropathy; mutation originally found in Border Collie                                                       | CLEAR  |
| Trapped Neutrophil Syndrome, (TNS)                                                                                   | CLEAR  |

## New Potential Disorders in the Breed

| Disorder                                                                 | Result |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| Cystinuria Type II-A; mutation originally found in Australian Cattle Dog | CLEAR  |
| Myotonia Congenita; mutation originally found in Australian Cattle Dog   | CLEAR  |

## Pharmacogenetics

| Disorder                        | Result |
|---------------------------------|--------|
| Multi-Drug Resistance 1, (MDR1) | CLEAR  |



Dr. méd.-vét. Grégoire Theubet  
Méd.-vét. Tyfane Piquerez  
Sur-le-Bottenier 1  
2950 Courgenay

Madame  
Ana Pires  
Route de séprais 60  
2857 Montavon

Courgenay, le 06.07.21

**Attestation**

**"Welshriverdee Amore Mio", Border collie, mâle, 09.03.19, Chip: 756098000111653**

Le vétérinaire soussigné atteste que le Chien Welshriverdee Amore Mio, n° 756098000111653, né le 09.03.2019 de race Border collie est venu faire les prélèvements salivaires au cabinet vétérinaire Mont-Terri à Courgenay.

Avec nos meilleures salutations

Méd.-vét. Quentin Mazelier