



# SHADOW

STUTTERI & HESTEPRAKSIS

v/Niels Jørgen Jensen & Dyrlæge Lene Larsen

Vrå 26/8-26

**Vedrørende hesten Otis Redding 2083340DK250133, chip nr  
208210000858803**

Hesten har tidligere heddet Ozzie med samme registreingsnummer og chip nr, derfor er røntgenbillederne foretaget ifb med auktionen, navngivet med navnet "Ozzie" i stedet for navnet "Otis Redding".

Navneskiftet er foranlediget af Dansk Hestevæddeløb, da der viste sig at være 2 heste med navnet Ozzie.

Med venlig hilsen

Dyrlæge

Lene Larsen

*Shadow Stutteri & Hestepraksis*  
Dyrlæge Lene Larsen  
Gønderupgårdvej 239, 9760 Vrå • Stutterishadow@hotmail.com  
20870215/51939211



# Røntgenundersøgelse

Journal nr. 112958

|                                                   |                                 |                                                          |                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|
| Navn <del>Ozzie</del>                             | Race <i>Traver</i>              | Farve                                                    | Køn <i>Hingst</i> |
| Fødselsdato <i>04/06/2025</i>                     | Reg. nr. <i>2083340DK250133</i> | Chip nr. <i>2080210000858803</i>                         |                   |
| Hesten er identificeret med: Registreringspapirer |                                 | Hesten er chipmærket <input checked="" type="checkbox"/> |                   |

Køber:

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

Sælger:

*Stutteri Shadow/Sotto*

Røntgenoptagende dyrlæge:

*Lene Larsen  
Gønderupgårdvej 239A  
9760 Vrå*

|                                           |                                     |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| Handelsundersøgelse jf. aftalegrundlaget: | <input checked="" type="checkbox"/> |
| OCD - undersøgelse:                       | <input type="checkbox"/>            |
| Halthedsundersøgelse:                     | <input type="checkbox"/>            |
| Forsikringsundersøgelse:                  | <input type="checkbox"/>            |
| Med klinisk undersøgelse                  | <input type="checkbox"/>            |
| Uden klinisk undersøgelse                 | <input checked="" type="checkbox"/> |

Hesten skal anvendes til: *travt*

Hvor længe har hesten været i kontinuerlig træning forud for undersøgelsen: *Ikke oplyst*

Sælger er registreret som kunde i den undersøgende dyrlæges praksis:

*Der henvises til oplysninger fremlagt af sælger grundet GDPR*

Røntgenundersøgelse er baseret på den kliniske undersøgelse: ☒ Nej ☐ Ja

## Veterinær konklusion:

**Bemærk denne attest er kun gyldig med underskrevet forhåndsaftale fra med køber og sælgers underskrift. Det påhviler rekvirenten at sikre, at forhåndsaftalen er underskrevet af både køber og sælger.**

Med henvisning til de i forhåndsaftalen for handelsundersøgelsen specificerede betingelser og begrænsninger en sådan undersøgelse udføres under, er det på baggrund af undersøgelsen dags dato undertegnede dyrlæges konklusion:

|                                     |                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt. ) normal risiko for at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.       |
| <input type="checkbox"/>            | Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt. ) let forøget risiko for, at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten. |
| <input type="checkbox"/>            | Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt. ) forøget risiko for, at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.     |
| <input type="checkbox"/>            | Der er ud fra en veterinærfaglig vurdering (jf. pkt. ) betydelig risiko for, at hestens sundhedstilstand dags dato vil få betydning for den påtænkte anvendelse af hesten.   |
| <input type="checkbox"/>            | Det er ikke muligt uden supplerende undersøgelser af hesten (jf. pkt. ) at drage nogen konklusion af den aktuelle undersøgelse.                                              |
| <input type="checkbox"/>            | Andre kommentarer i forbindelse med konklusionen:                                                                                                                            |

**Bo I. Jørgensen**  
Dyrlæge - aut. nr.: 3046  
Ansager Hestehospital - 6823 Ansager  
Tlf. 7529 7066

*30/4-26*

X *B. Jørgensen*  
Dyrlæge



Journal nr. 112958

## Røntgenundersøgelse

|                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Standard projektioner</b>                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1a                                                     | Standard<br>Tå lateral alle 4 ben,<br>V+HF hov samt kode dorsopalmar<br>Has lateral, plantarolateral, dorsolateral,<br>Bagknæ kaudolateral begge bagben | <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                |
| 1b                                                     | Oxspring hovseneben begge forben                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                           |
| 1c                                                     | Med sko:                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                           |
| 1d                                                     | Hove oprenset og pakket                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                           |
| 1e                                                     | Ryg lateral torntappe                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                           |
| 1f                                                     | Nakke/hals lateral                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Alle projektioner</b>                               |                                                                                                                                                         | Såfremt standard projektioner er afkrydset, afkrydses kun ekstra projektioner                                                                                                                                                                                                      |
| <b>2. Hov samt kode forben og bagben</b>               |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2a                                                     | Standard projektion Lateromedial (LM)                                                                                                                   | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                       |
| 2b                                                     | Dorsopalmar/Dorsoplantar (DP)                                                                                                                           | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                       |
| 2c                                                     | Dorsolateral (DLPMO/DLPLMO)                                                                                                                             | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 2d                                                     | Dorsomedial (DMPLMO/DPLDMO)                                                                                                                             | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 2e                                                     | Andre projektioner:                                                                                                                                     | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                       |
| <b>3. Hovseneben (Projektioner anbefales uden sko)</b> |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3a                                                     | Oxspring (DPrPDj):                                                                                                                                      | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 3b                                                     | Skyline (PPrPDj):                                                                                                                                       | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 3c,3d                                                  | Sko:                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                        | Hove oprenset og pakket:                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                           |
| 3e                                                     | Andre projektioner                                                                                                                                      | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| <b>4. Has</b>                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 4a                                                     | Dorsoplantar (DPI)                                                                                                                                      | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 4b                                                     | Lateromedial (LM)                                                                                                                                       | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 4c                                                     | Dorsolateral (DLPIMO)                                                                                                                                   | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 4d                                                     | Plantarolateral (PILDMO)                                                                                                                                | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 4e                                                     | Andre projektioner:                                                                                                                                     | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| <b>5. Knæ</b>                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5a                                                     | Kaudolateralt (CaLCrMO)                                                                                                                                 | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 5b                                                     | Kaudokranialt (CaCr)                                                                                                                                    | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |
| 5c                                                     | Andre projektioner:                                                                                                                                     | VB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                       |



Journal nr. 112958

## Røntgenundersøgelse

### 6. Hov

|    |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6a | Ses der fragmentering eller remodellering af hovbenets randtop?              | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 6b | Ses der remodellering af eksostosedannelse dorsalt på kronben eller kodeben? | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 6c | Ses der forbenet dragtbrusk?                                                 | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 6d | Ses der nydannelser omkring hovseneben?                                      | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 6e | Ses der afvigende placering af hovben i hovkapsel?                           | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 6f | Ses der cyster i hov- eller kronben?                                         | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 6g | Andre bemærkninger:                                                          | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

### 7. Hovseneben

|    |                                                                               |                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7a | Ses der synoviale invaginationer på den distale rand af hovsenebenet?         | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 7b | Ses der forskel på distale rand ved sammenligning VF/HF?                      | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 7c | Ses der fragmenter på den distale rand af hovsenebenet?                       | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 7d | Ses der enthesiofytter på den laterale og/eller mediale rand af hovsenebenet? | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 7e | Ses der cyster i hovsenebenet?                                                | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 7f | Ses der forbenet dragtbrusk?                                                  | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 7g | Andre fund:                                                                   | VF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

### 8. Kode

|    |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8a | Ses der OCD fragmenter på sagittalkammen?                    | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8b | Ses der OC-konturændring på sagittalkammen?                  | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8c | Ses der andre fragmenter dorsodistalt eller dorsoproximalt?  | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8d | Ses der basalfragmenter eller hjørnestotte frakturer (LJPE)? | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8e | Ses der fraktur af kodeseneben?                              | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8f | Ses der nydannelser på eller omkring kodesenebenet?          | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8g | Ses der eksostoser palmar/plantart på kodeben?               | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8h | Ses der cyster i kodeben eller distale pibeknogle?           | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8i | Andre fund:                                                  | VF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HF: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |



Journal nr. 112958

## Røntgenundersøgelse

### 9. Has

|    |                                                                                           |                                                                                                                                                    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9a | Ses der OCD fragmenter på crista intermedia, laterale trochlea eller mediale malleolus?   | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 9b | Ses der OC-konturændring på crista intermedia, laterale trochlea eller mediale malleolus? | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 9c | Ses der enthesiofyf dorsoproksimalt på pibeknoglen?                                       | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 9d | Ses der nydannelser eller opklaringer i eller omkring tarsalknogler?                      | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 9e | Ses der kileformede tarsalknogler?                                                        | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 9f | Ses der fragmenter plantart i tibiotarsalleddet?                                          | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 9g | Ses der opklaringer i/eller nydannelser omkring sustentaculum tali?                       | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 9h | Andre fund:                                                                               | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

### 10. Knæ

|     |                                                                      |                                                                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10a | Ses der OCD fragmenter på lateral trochlea?                          | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 10b | Ses der OC-konturændring på laterale trochlea?                       | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 10c | Ses der nydannelser/fragmenter distalt på patella?                   | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 10d | Ses der fragmenter eller forkalkninger kaudalt i femorotibialleddet? | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 10e | Ses der nydannelser kranialt for den interkondylære proces?          | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 10f | Ses der cyster distalt i femur eller proksimalt i tibia?             | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 10g | Andre fund:                                                          | VB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>HB: <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

### 11. Hals

|     |                                                       |                                                          |
|-----|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 11a | Ses der irregulære knoglekonturer kaudalt på kraniet? | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 11b | Ses der nydannelser omkring facetter?                 | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 11c | Ses der fragmenter omkring eller i facetter?          | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 11d | Ses der forstørrelse af facetter?                     | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 11e | Ses der abnorm placering af C2 til C4?                | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 11f | Andre fund:                                           | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

### 12. Ryg

|     |                                                  |                                                          |
|-----|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 12a | Ses der kontakt mellem to eller flere tornapper? | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8c  | Ses der forkalkning i tornappe?                  | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8d  | Ses der osteolyse i tornappe?                    | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8e  | Ses der enthesiofytter på tornappe?              | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8f  | Ses der forkalkning dorsalt på tornappe?         | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8g  | Ses der fraktur af tornappe?                     | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 8h  | Andre fund:                                      | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

### 13. Andre projektioner fund

|     |  |                                                          |
|-----|--|----------------------------------------------------------|
| 13a |  | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
|-----|--|----------------------------------------------------------|