

Besitzer

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Kreis, Betriebs-Nr. _____

Tierarztpraxis/Einsender

(Praxisstempel)

Max-Eyth-Str. 5
24537 Neumünster
Tel: +49 4321 904-648
Fax: +49 4321 904-791
tierseuchen@lsh.landsh.de

Befund an

- Besitzer
- Einsender
- Vet-Amt
- weitere

Rechnung an

- Besitzer
- Einsender
- weitere

zusätzliche Adressangaben (E-Mail, Tel, Fax)

Vorbericht

- Erkrankung
- Amtlich
- Zuchthygiene
- Verkauf/Export

Sonstiges:

- Impfanamnese

Tierart: _____

Alter: _____

Entnahmedatum: _____

Tier-ID/Kennzeichnung: (ggf. separaten Probenbegleitschein verwenden)

<u>1</u>	<u>6</u>
<u>2</u>	<u>7</u>
<u>3</u>	<u>8</u>
<u>4</u>	<u>9</u>
<u>5</u>	<u>10</u>

Anzahl Proben: _____

- EDTA-Blut
- Li-Hep-Blut
- Serum
- Nasentupfer
- Lungenspülprobe
- Kot
- Kottupfer
- Sonstiges: _____

Untersuchungsziele

- Bakteriologie aerob anaerob
- einschl. Antibiogramm
- Mykologie
- Parasitologie
- Virologie
- Molekularbiologie
- Serologie

Diagnostische Profile (Untersuchungsumfang abhängig von Material und Fragestellung)

- Respiratorisches Profil
- Enteritis Profil
- Abort-Profil

- Spezielle Fragestellung:

- Sicherung von Keimen z.B. für Impfstoff:

Datum: _____

Besitzer: _____

Einsender: _____