

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)

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

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: _____