

Eingangsdatum:	__ . __ . _____
Eingangsnummer:	_____
Labornummer:	__ - 20 __ / _____

Probenzahl	Entnahmedatum	<b>Untersuchungsauftrag</b> <b>Diagnostische Untersuchungen</b>
	__ . __ . _____	
<b>Tierhalter/Einsender</b>		<b>Tierarzt</b>
Name, Vorname / Betrieb:		Name, Adresse:
Straße, Nr.:		Straße, Nr.:
PLZ Ort:		PLZ Ort:
Betriebs-Registriernummer nach VVVO		Tierarzt- Schlüsselnummer nach VVVO
1	4	1 4

Angaben zum Tier	Probenart	
Tierart:	<input type="checkbox"/> Tierkörper	<input type="checkbox"/> Organ/Gewebe – welche:
Alter/Altersgruppe:	<input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer	<input type="checkbox"/> Harn
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Tupfer – Entnahmeort:	
Nutzungsart:	<input type="checkbox"/> Sekret – Entnahmeort:	
Tierkennzeichnung (LOM, Chip, Name):	<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel	<input type="checkbox"/> Haare <input type="checkbox"/> Federn
	<input type="checkbox"/> Futtermittel	<input type="checkbox"/> Tränkwasser
(bei mehreren Proben Vordruck <b>Probenliste</b> nutzen)	<input type="checkbox"/> Sonstige – Bezeichnung:	

Untersuchungsgrund	Untersuchungsanforderung	Verrechnung an:
<input type="checkbox"/> Abklärung/Klinik	<input type="checkbox"/> Krankheits-/Todesursache (Sektion)	<input type="checkbox"/> Halter
<input type="checkbox"/> Nachunters.	<input type="checkbox"/> allg. bakteriologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> Tierarzt
<input type="checkbox"/> Bestandsunters.	<input type="checkbox"/> virologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> TSK
<input type="checkbox"/> Quarantäne	<input type="checkbox"/> Abort/Deckinfektionserreger	<input type="checkbox"/> Amtstierarzt
<input type="checkbox"/> Handel	<input type="checkbox"/> Hefen/Schimmelpilze/Dermatophyten	<input type="checkbox"/> TGD
<input type="checkbox"/> Programm der TSK	<input type="checkbox"/> weiter Angaben zur Diagnostik: (PCR, auf welche Krankheitserreger, etc.)	
<input type="checkbox"/> aml. angeord. Unters.		
<input type="checkbox"/>		

<b>Vorbericht/Bemerkungen:</b>			
<input type="checkbox"/> Einzelerkrankung	<input type="checkbox"/> Bestandserkrankung	<input type="checkbox"/> verendet am:	<input type="checkbox"/> getötet am:
<b>1. Krankheitsdauer/-verlauf</b> (mit Anzahl erkrankter/gestorbener Tiere):			
<b>2. Vorbehandlung</b>	<input type="checkbox"/> Impfprophylaxe	<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> Sonstiges
(Präparat/Dauer der Anwendung/letzte Anwendung)			
<b>3. vorliegende Befunde/Verdachtsdiagnose/Sonstiges:</b>			
_____ Unterschrift Einsender			

# Probenliste

<b>Tierhalter</b>	<b>Entnahmedatum</b>	<b>Seite</b>	<b>von</b>

Nr.	Tierkennzeichnung (LOM, Chip, Name)		Nr.	Tierkennzeichnung (LOM, Chip, Name)	
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		