

Besitzer

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Kreis (KFZ-KZ) / Betriebsnummer _____

Tierarztpraxis / Einsender
(Praxisstempel)

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

| | | |
|---|---|---|
| Befund an <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Vet-Amt <input type="checkbox"/> Weitere | Rechnung an <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Weitere | zusätzliche Adressangaben (Tel, Fax, E-Mail) _____ _____ |
|---|---|---|

- Erkrankung
- Amtlich
- Zuchthygiene
- Verkauf/Export

Vorbericht:

Impfanamnese: _____

Tierart: _____

Alter: _____

Anzahl Proben: _____

Entnahmedatum: _____

Tier-ID / Kennzeichnung:

| | |
|---|----|
| 1 | 6 |
| 2 | 7 |
| 3 | 8 |
| 4 | 9 |
| 5 | 10 |

Probenart:

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

Fachgebiete:

- Bakteriologie: aerob anaerob
 inkl. Antibiotogramm
- Mykologie
 - Parasitologie
 - Serologie
 - Virologie

Untersuchungsprofile:

- Respiratorisches Profil
- Enteritis-Profil
- Fertilitäts-Profil

Spezielle Fragestellung: _____

Sicherung von Keimen z.B. für Impfstoff: _____

Datum: _____

Besitzer: _____

Tierarzt/
Einsender: _____