

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) _____ _____
---	---	---

Vorbericht:

- Erkrankung
- Amtlich
- Zuchthygiene
- Verkauf/Export

Tier-ID / Kennzeichnung: _____

Geschlecht / Alter: _____

Entnahmedatum: _____

Untersuchungsmaterial:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tupfer Zuchthygiene
<input type="checkbox"/> Serum
<input type="checkbox"/> EDTA-/Li-Hep.-Blut
<input type="checkbox"/> Nasen-Rachen-Tu.
<input type="checkbox"/> Sperma
<input type="checkbox"/> Kot
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | → | Lokalisationen Hengst
<input type="checkbox"/> Eichelgrube
<input type="checkbox"/> Harnröhre
<input type="checkbox"/> Penischaft
<input type="checkbox"/> Vorsekret
<input type="checkbox"/> Sperma | Lokalisationen Stute
<input type="checkbox"/> Klitorisgrube
<input type="checkbox"/> Lateraler Sinus
<input type="checkbox"/> Medialer Sinus
<input type="checkbox"/> Cervix
<input type="checkbox"/> Uterus |
|--|---|--|--|

Allg. Bakteriologie / Mykologie <input type="checkbox"/> aerobe Kultur <input type="checkbox"/> anaerobe Kultur <input type="checkbox"/> Zuchthygiene Stute (ohne CEMO) <input type="checkbox"/> inkl. Antibiogramm <input type="checkbox"/> Mykologie	Spez. Bakteriologie (Erreger / Methode) <input type="checkbox"/> Burkholderia mallei (Rotz), AK / KBR <input type="checkbox"/> Burkholderia mallei (Rotz) / PCR <input type="checkbox"/> Chlamydia spec. AK / KBR <input type="checkbox"/> Chlamydia spec. / PCR <input type="checkbox"/> Lawsonia intracellularis / PCR	Virologie (Erreger / Methode) <input type="checkbox"/> Coronavirus spec./ PCR <input type="checkbox"/> EAV (Virusarteritis), AK / NT <input type="checkbox"/> EAV (Virusarteritis) / PCR <input type="checkbox"/> EAV Zellkultur + PCR <input type="checkbox"/> EIAV (Infekt. Anämie) / Coggins-Test
Parasitologie (Erreger / Methode) <input type="checkbox"/> Ektoparasiten / Mikroskopie <input type="checkbox"/> Endoparasiten <input type="checkbox"/> inkl. Lungenwürmer / Trichter <input type="checkbox"/> Kryptosporidien / Ausstrich <input type="checkbox"/> Tryp. equiperdum, AK / KBR (Beschälseuche) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Leptospirose, AK / MAT <input type="checkbox"/> Leptospirose / PCR <input type="checkbox"/> Salmonellose / Kultur <input type="checkbox"/> Taylorella equigenitalis (CEMO) / Kultur <input type="checkbox"/> Taylorella equigenitalis (CEMO) / PCR	<input type="checkbox"/> EHV-1 / PCR <input type="checkbox"/> EHV-4 / PCR <input type="checkbox"/> Influenza A-Virus / PCR <input type="checkbox"/> West Nile Virus / PCR

AK = Antikörpernachweis;

Datum: _____

Besitzer: _____

**Tierarzt/
Einsender:** _____