

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

Tierart: _____ **Alter:** _____

Anzahl Proben: _____ **Entnahmedatum:** _____

Tier-ID / Kennzeichnung:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

- Probenart**
- EDTA-Blut
 - Serum
 - Nasentupfer
 - Kombitupfer Choane / Kloake
 - Konjunktivaltupfer
 - Kot
 - Kottupfer
 - Sockentupfer
 - Sonstiges:

Allgemeine Untersuchungen	Kleintiere	Vögel / Geflügel
Allg. Bakteriologie / Mykologie <input type="checkbox"/> aerobe Kultur <input type="checkbox"/> anaerobe Kultur <input type="checkbox"/> inkl. Antibiotogramm <input type="checkbox"/> Mykologie	Spez. Bakteriologie (Erreger / Methode) <input type="checkbox"/> Chlamydia spec. / Immunhistologie <input type="checkbox"/> Chlamydia spec. / PCR <input type="checkbox"/> Cl. perfringens Toxine / Kultur + PCR <input type="checkbox"/> Leptospirose, AK / MAT <input type="checkbox"/> Leptospirose / PCR <input type="checkbox"/> Mycoplasmen / Kultur <input type="checkbox"/> Salmonellose / Kultur <input type="checkbox"/> Tularämie / PCR	Spez. Bakteriologie (Erreger / Methode) <input type="checkbox"/> Chlamydia spec. / Immunhistologie <input type="checkbox"/> Chlamydia spec. inkl. C. psittaci / PCR <input type="checkbox"/> Mycoplasmen / Kultur <input type="checkbox"/> Salmonellose / Kultur <input type="checkbox"/> Salmonellose nach Hühner-Salm.VO
Parasitologie <input type="checkbox"/> Ektoparasiten <input type="checkbox"/> Endoparasiten <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Virologie (Erreger / Methode) <input type="checkbox"/> Canines Herpesvirus / PCR <input type="checkbox"/> Coronavirus spec. <input type="checkbox"/> Felines Leukosevirus / PCR <input type="checkbox"/> Felines Herpesvirus / PCR <input type="checkbox"/> Felines Immundefizienzvirus / PCR <input type="checkbox"/> Pockenv. spec. (Myxomatose) / PCR <input type="checkbox"/> Parvovirus spec. / PCR <input type="checkbox"/> RHDV / EBHSV / PCR <input type="checkbox"/> Staupevirus spec / PCR	Virologie (Erreger / Methode) <input type="checkbox"/> APMV-1 (Newcastle disease) / Kultur <input type="checkbox"/> APMV-1 (Newcastle disease) / PCR <input type="checkbox"/> GHV-1 (Inf. Laryngotracheitis) / PCR <input type="checkbox"/> GHV-2 (Marek) / PCR <input type="checkbox"/> Influenza A (Geflügelpest), AK / ELISA <input type="checkbox"/> Influenza A (Geflügelpest), AK / HAH <input type="checkbox"/> Influenza A (Geflügelpest) / PCR <input type="checkbox"/> Usutu-Virus / PCR <input type="checkbox"/> West Nile Virus / PCR

AK = Antikörpernachweis;

Datum: _____ **Besitzer:** _____ **Tierarzt/**
Einsender: _____