

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

<b>Besitzer</b>
Name
Vorname
Strasse
PLZ, Ort
Kreis (KFZ-KZ) / Betriebsnummer

<b>Tierarztpraxis / Einsender</b> (Praxisstempel)
--

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

**Untersuchungsgrund:**

- Erkrankung
- Amtlich
- Verkauf, Export etc.

**Vorbericht:**

---



---



---

**Tierart:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_ **Entnahmedatum:** \_\_\_\_\_

**Anzahl Proben:** \_\_\_\_\_ **Probenart:** \_\_\_\_\_

**Tier-ID / Kennzeichnung:**

1 _____	6 _____
2 _____	7 _____
3 _____	8 _____
4 _____	9 _____
5 _____	10 _____

<input type="checkbox"/> <b>Sektion inkl. weiterführende Untersuchungen</b>  <b>Bakteriologie</b> <input type="checkbox"/> allgemeine kulturelle Untersuchung <input type="checkbox"/> inkl. Antibiogramm  <b>Parasitologie</b> <input type="checkbox"/> Ektoparasiten <input type="checkbox"/> Endoparasiten  <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b>	<b>Virologische Untersuchungen</b> <input type="checkbox"/> Fischseuchendiagnostik Zellkultur (IHNV, VHSV)  <b>Einzelnachweise mittels PCR</b> <input type="checkbox"/> IHNV <input type="checkbox"/> ISAV <input type="checkbox"/> KHV <input type="checkbox"/> Ranaviren <input type="checkbox"/> SVCV <input type="checkbox"/> VHSV <input type="checkbox"/> IPNV <input type="checkbox"/> CEV
---	--

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Besitzer:** \_\_\_\_\_

**Tierarzt/ Einsender:** \_\_\_\_\_