

# Auftrag für Untersuchungen nach Geflügel-Salmonellen-Verordnung

**Besitzer / Betrieb**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

VVVO-Nr. \_\_\_\_\_

**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

<b>Bericht 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> _____ _____
---	--	--

## Untersuchungsgrund

Amtlich \_\_\_\_\_

Eigenkontrolle \_\_\_\_\_

Sonstiges, Vorbericht: \_\_\_\_\_

## Tierart, Nutzung

Legehennen  adult

Zuchthühner  Aufzucht

Masthähnchen  adult

Pute  Aufzucht

Mast  Zucht

sonstiges: \_\_\_\_\_

## Probenmaterial

Stiefelüberzieher / Sockenprobe

Kot

Staub

Eier

sonstiges: \_\_\_\_\_

Anzahl Proben: \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

	Kennzeichnung	Stall / Herde	Anzahl Tiere:	Alter der Tiere:
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Datum: \_\_\_\_\_ Besitzer: \_\_\_\_\_ Einsender: \_\_\_\_\_