

**Besitzer**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Kreis (KFZ-KZ)/Betriebsnummer \_\_\_\_\_

**Kreis/kreisfreie Stadt**

Stempel \_\_\_\_\_

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

**Befund an:**  
 Besitzer  
 Einsender  
 Vet-Amt  
 MELUR

**Rechnung an:**  
 ohne Berechnung  
 Besitzer  
 Einsender  
 Sonstige:

**zusätzliche Adressangaben** (☎, ☎, E-Mail)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Untersuchungsgrund:**

- Monitoring, o.b.B.
- Monitoring, Totfund
- Sonstiges

**Vorbericht:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hausgeflügel, Betriebstyp:**

- Legehennen
- Mastbetrieb
- Hobbyhaltung
- Freilandbetrieb

**Wildvögel, Ort der Probennahme:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Proben**

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

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

**Tier-ID / Kennzeichnung:**

|   |    |    |    |
|---|----|----|----|
| 1 | 6  | 11 | 16 |
| 2 | 7  | 12 | 17 |
| 3 | 8  | 13 | 18 |
| 4 | 9  | 14 | 19 |
| 5 | 10 | 15 | 20 |

**Gewünschte Untersuchungen**

**Serologie Aviäre Influenza**  
 HAH (H5/H7) → Serum  
 ELISA → Serum, EDTA-Blut

**Sektion**  
 **Weiterführende Untersuchungen:**

**Virusnachweis Influenza A-Virus PCR**  
 Kot  
 Rachentupfer  
 Kloakentupfer  
 Kombiniertes Rachen-/Kloakentupfer  
 Tierkörper

**Entnahmedatum** \_\_\_\_\_ **Besitzer** Hausgefl. \_\_\_\_\_ **Vet. Amt/ Einsender** \_\_\_\_\_