

**Besitzer**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

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

**Tierarztpraxis / Einsender**  
(Praxisstempel)

angenommen am/ von:

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

<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</b> (Tel, Fax, E-Mail) _____
---	---	--

**Tierart:** \_\_\_\_\_ **Anzahl Proben:** \_\_\_\_\_

**Alter:** \_\_\_\_\_  verendet /  getötet am: \_\_\_\_\_

Unbehandelt  
 Vorbehandlung \_\_\_\_\_

**Impfanamnese:** \_\_\_\_\_

**Tier-ID / Kennzeichnung:**

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_

**Probenart:**

- Tierkörper
- Nachgeburt
- Organe
- Sonstiges:

**Betriebsart:**

- reine Stallhaltung
- mit Auslauf
- Weidehaltung
- Sonstiges:

**VORBERICHT:**

- Erkrankung
- AMTLICH \_\_\_\_\_

**KLINISCHE DIAGNOSE/N:** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchungen :**

- Krankheits-/ Todesursache
- Untersuchung auf \_\_\_\_\_
- Sicherung von Keimen:  
Versand an: \_\_\_\_\_
- Asservierung von Proben: \_\_\_\_\_

**mit Focus auf**

- Atemwegserreger
- Durchfallerreger
- Abortdiagnostik

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Besitzer:** \_\_\_\_\_ **Tierarzt/ Einsender:** \_\_\_\_\_