

Besitzer

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
E-Mail: _____

Tierarztpraxis/Einsender

(Praxisstempel) _____
Name _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
E-Mail: _____

Angenommen von/am (vom Labor auszufüllen)

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

Befund an

- Besitzer
 Tierarzt
 Vet-Amt

Rechnung an

- Besitzer
 Tierarzt

zusätzliche Adressangaben (Tel, Fax)

Tierart: _____

Alter: _____

Anzahl Proben: _____

- verendet/
 getötet am: _____

Probenart:

- Tierkörper
 Nachgeburt
 Organe
 Sonstige

Tier-ID/Kennzeichnung (ggf. vom Labor zu ergänzen):

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Betriebsart:

- reine Stallhaltung
 mit Auslauf
 Weidehaltung
 Sonstiges: _____

Vorbericht:

- Erkrankung:
 unbehandelt
 Vorbehandlung:

Klinische Diagnose: _____

Impfanamnese: _____

- Forensische Fragestellung
 Ausschluss von Tierseuchen
(im Auftrag des Veterinäramtes)

Krankheitsverlauf/Symptome: _____

Gewünschte Untersuchungen:

- Krankheits-/Todesursache (umfangreiche Untersuchung, entspr. Vorbericht & Sektionsbild)
 Untersuchung auf:
 Sicherung von Keimen:
 Versand an:
 Asservierung von Proben:

mit Fokus auf

- Atemwegserreger
 Durchfallerreger
 Abortdiagnostik

Datum: _____

Besitzer: _____

Tierarzt: _____

Rücksprachen

vom Labor auszufüllen

Datum, Kürzel, Gesprächspartner

Datum, Kürzel, Gesprächspartner

Datum, Kürzel, Gesprächspartner
