



Landesbetrieb Hessisches Landeslabor
Untersuchungsauftrag
Veterinärmedizinische Diagnostik



<input type="checkbox"/> 35392 Gießen Schubertstraße 60 Haus 13 0641-4800 555	<input type="checkbox"/> bakteriologisch	<input type="checkbox"/> mykologisch	<input type="checkbox"/> parasitologisch
<input type="checkbox"/> Postfach (Briefe) 10 06 52, 35336 Gießen	<input type="checkbox"/> virologisch	<input type="checkbox"/> serologisch	<input type="checkbox"/> pathologisch
<input type="checkbox"/> 34131 Kassel Druseltalstr. 67 0561-3101-0	<input type="checkbox"/> Untersuchung auf:.....		

Einsender/Tierarzt:	Tierart:
----------------------------	-----------------

Name	<input type="checkbox"/> Rind	<input type="checkbox"/> Schwein	<input type="checkbox"/> Fisch
Vorname	<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze
	<input type="checkbox"/> Schaf	<input type="checkbox"/> Ziege	<input type="checkbox"/> Vogel
	Andere		
	<input type="checkbox"/> Tierarten/Rasse:.....		

Geschlecht:

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> kastriert
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Alter :

--

Untersuchungsmaterial

<input type="checkbox"/> Blut/Serum	<input type="checkbox"/> Kot	<input type="checkbox"/> Urin
<input type="checkbox"/> Organ.....	<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Haut/Haare
<input type="checkbox"/> Gewebeprobe	<input type="checkbox"/> Tupferprobe:.....	
<input type="checkbox"/> Tierkörper		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Anamnese / klinischer Befund	Probennahmedatum:
-------------------------------------	--------------------------------

Vorbehandelt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Medikamente:
---	---------------------

Symptome, Dauer der Erkrankung, Haltung	Todesursache: <input type="checkbox"/> getötet <input type="checkbox"/> verendet
--	---

Tierbesitzer:	Landkreis:
----------------------	-------------------

Adresse	Name:	Vorname:
	Straße:	Tel./Fax:
	PLZ:	Ort:
HTSK Nr.:		Email:
HIT-Nr. DE		

Erklärung des Besitzers: Ich erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden und übernehme die entstehenden Kosten!

.....
 Unterschrift des Besitzers

Ich widerspreche der anonymisierten Nutzung der Probe/n für Forschungszwecke nach der Untersuchung.

Rechnungsempfänger: Tierarzt Besitzer TGD (nur bei vorliegender Verpflichtungserklärung)

Befundempfänger: Einsender Tierarzt Tierhalter sonstige:

Hessisches Landeslabor: (wird vom Labor ausgefüllt)
--

Eingangsdatum:	Angenommen durch:	Auftragsnummer:
----------------	-------------------	-----------------