

 - 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"/> virologisch	<input type="checkbox"/> serologisch	<input type="checkbox"/> pathologisch
		<input type="checkbox"/> Untersuchung auf:.....					
Einsender/Tierarzt:		Tierart:					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> Name		<input type="checkbox"/> Rind	<input type="checkbox"/> Schwein	<input type="checkbox"/> Fisch	<input type="checkbox"/> Katze		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> Vorname		<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Vogel			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> Straße		<input type="checkbox"/> Schaf	<input type="checkbox"/> Ziege	<input type="checkbox"/>			
		Andere					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> PLZ Ort		<input type="checkbox"/> Tierarten/Rasse:.....					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> Email		Geschlecht:					
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> Praxisstempel:		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"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tupferprobe:.....				
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:					
Anamnese / klinischer Befund							
Vorbehandelt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Medikamente:				
Symptome, Dauer der Erkrankung, Haltung							
Tierbesitzer:				AVV Kreis:			
Adresse		Name:		Vorname:			
		Straße:		Tel./Fax:			
		PLZ:		Ort:			
HTSK Nr.:				Email:			
Betr. Nr.:							
Erklärung des Besitzers: Ich erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden und übernehme die entstehenden Kosten!			 Unterschrift des Besitzers			
Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> TGD (nur bei vorliegender Verpflichtungserklärung)							
Hessisches Landeslabor: (wird vom Labor ausgefüllt)							
Eingangdatum:		Angenommen durch:		Auftragsnummer:			