



Untersuchungsauftrag
Veterinärmedizinische Diagnostik

35392 Gießen Schubertstraße 60 Haus 13 0641-4800 555
bakteriologisch mykologisch parasitologisch
virologisch serologisch pathologisch
Untersuchung auf:.....

Einsender/Tierarzt: Tierart:

Name Vorname Straße
Rind Schwein Fisch
Pferd Hund Katze
Schaf Ziege Vogel
Andere
Tierarten/Rasse:.....

Geschlecht:

männlich weiblich kastriert

PLZ Ort Alter :

Untersuchungsmaterial

Praxisstempel:
Blut/Serum Kot Urin
Organ..... Milch Haut/Haare
Tumor Tupferprobe:.....
Sonstiges:

Anamnese / klinischer Befund

Vorbehandelt: Ja Nein 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: Tierarzt Besitzer TGD (nur bei vorliegender Verpflichtungserklärung)

Hessisches Landeslabor: (wird vom Labor ausgefüllt)

Eingangsdatum: Angenommen durch: Auftragsnummer: