

Einsender:

Vor- u. Zuname: _____ Straße: _____

PLZ, Ort: _____ Landkreis: _____ Telefon: _____

Hoftierarzt: _____ Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

Tierart: _____ Rasse: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Kennzeichen (Ohrmarke, Tätowierung u.a.): _____

Vorbericht / Symptome ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Festliegen / Seitenlage | <input type="checkbox"/> Dauer der Erkrankung
_____ |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Krämpfe / Zittern | <input type="checkbox"/> Besteht Verdacht auf eine
anzeigepflichtige Tierkrankheit ? |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Atemnot | ja nein |
| <input type="checkbox"/> Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> Aborte | falls ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Abmagerung / Kümmeren | <input type="checkbox"/> erhöhte Sterblichkeit im
Bestand | |
| <input type="checkbox"/> keine Symptome / plötzliches
Verenden | | |

Bestandsgröße: _____

Anzahl erkrankte Tiere _____ Anzahl verendete Tiere _____ in welcher Zeit ? _____

Krankheitsverlauf:

Vorbehandelt ? ja nein

verendet (v) oder getötet (g) am: _____ (Datum)

Rechnung und Untersuchungsergebnis an: Einsender Tierarzt

Besondere Untersuchungswünsche

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bakteriologie | <input type="checkbox"/> Parasitologie | <input type="checkbox"/> Resistenztest |
| <input type="checkbox"/> Virologie | <input type="checkbox"/> Serologie | <input type="checkbox"/> Stammservierung |

Der Auftrag wird erteilt unter Anerkennung der „Vertrags- und Geschäftsbedingungen des Veterinärinstitutes Oldenburg im LAVES bei Untersuchungsaufträgen“ (gilt nicht für amtliche Untersuchungsaufträge)

Über die ungefähre Höhe der voraussichtlich entstehenden Kosten von circa: _____ Euro wurde ich informiert.

(Datum)

(Einsender / Tierbesitzer/-halter)

(Tierarzt / Technische Angestellte)