

# Landesamt für Verbraucherschutz – Fachbereich Veterinärmedizin Stendal

## Untersuchungsantrag zur Sektion

Tagebuch-Nr.: _____		Entnahmedatum: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								Eingangs-Nr., -datum:					
<b>Tierhalter / Besitzer</b>		Kurier <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/>													
(Registriernummer)		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<b>Einsender/Tierarzt</b>	
_____ (Vor- und Zuname)		_____ (Name)		_____ (Straße, Haus-Nr.)											
_____ (Straße, Haus-Nr.)		_____ (Straße, Haus-Nr.)		_____ (PLZ, Ort)											
_____ (PLZ, Ort)		_____ (PLZ, Ort)		_____ (Tel.)											
_____ (Tel.)		_____ (Fax)		_____ (Fax)											
<b>Probenart:</b>		<b>Tierart:</b>		<b>Untersuchungsgrund:</b>											
<input type="checkbox"/> Tierkörper		<input type="checkbox"/> Rind		<input type="checkbox"/> Auftrags- untersuchung											
<input type="checkbox"/> Feten/Nachgeburt		<input type="checkbox"/> Schwein		<input type="checkbox"/> Handel/ Quarantäne											
<input type="checkbox"/> Organe/Teile		<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> amtlich angeordnet											
<input type="checkbox"/> _____		Geschlecht: _____		<input type="checkbox"/> staatl. Bekämpfung											
<input type="checkbox"/> verendet		Alter: _____		<input type="checkbox"/> freiw. Bekämpfung											
<input type="checkbox"/> getötet		<b>Resistenztest:</b>		<b>Ergebnis an:</b>											
am: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> Tierarzt					
		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Amtstierarzt											
				<input type="checkbox"/> sonstige											
<b>Untersuchung auf:</b>		<b>Befundausgang:</b>													
<input type="checkbox"/> Todesursache		<input type="checkbox"/> telefonisch		<input type="checkbox"/> schriftlich											
<input type="checkbox"/> Erkrankungsursache		<input type="checkbox"/> Fax		<input type="checkbox"/> E-mail											
<input type="checkbox"/> _____															
<b>Angaben zum Herkunftsbestand</b>															
Zusammensetzung: _____		erkrankt: _____													
verendet: _____		bereits untersucht (Datum/Anzahl): _____													
<b>Untersuchungsmaterial</b> (Anzahl, Art, Kennzeichnung, Stall-Nr., Buchten-Nr.)															
_____															
_____															
<b>Vorbericht</b> (Dauer d. Erkrankung, Symptome)															
<input type="checkbox"/> Einzeltier															
<input type="checkbox"/> Bestandsproblem _____															
_____															
_____															
Körpertemperatur: _____		Zentralnervöse Störungen: _____													
Futtermittel (Ration, welche): _____															
Immunisierung: _____															
Klinische Befunde/Therapeutische Maßnahmen: _____															
_____															
vermutete Krankheit: _____															
<b>Fragestellungen</b>															
<input type="checkbox"/> Regress-Ansprüche		<input type="checkbox"/> Versicherungs-Ansprüche		<input type="checkbox"/> _____											
<b>LAV LSA FB4 Standort Stendal</b>			Für die Richtigkeit der Angaben*:												
Haferbreiter Weg 132-135															
39576 Stendal			_____												
Tel. (03931)631 0			Datum/Unterschrift des Einsenders												
Fax (03931)631 153															

\*Der unterzeichnende Auftraggeber erklärt sich mit einer Befundübermittlung per Fax für den vorliegenden Untersuchungsauftrag einverstanden. Sofern der einsendende Auftraggeber nicht Eigentümer des beprobten Tieres ist, sichert er/sie zu, zum Empfang der Befundmitteilung berechtigt zu sein und dass die erforderliche Zustimmung des Eigentümers zu einer Übersendung per Fax vorliegt.