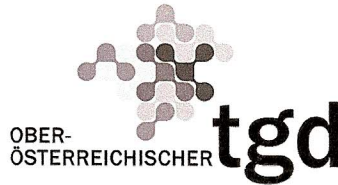


# UNTERSUCHUNGS- ANTRAG



TgbNr

Eingang

Erlедigt

**TIERARZT** \* Name, Straße/Nr, PLZ, Ort

Dr. Karl Putz  
Reichersberg 211  
4981 Reichersberg am Inn  
0650-9927801  
karlputz@gmx.at

**TIERHALTER/BETRIEB** \*

LFBISNr 

--	--	--	--	--	--	--	--

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Probenahme/Einsendung am ..... Tierart/Kategorie .....

U-Material/Zahl der Proben ..... Kennzeichen/OMNr .....

Vorbericht/Therapie/Bestandsproblem/Verdachtsdiagnose .....

**Gewünschte Untersuchung**

<input type="checkbox"/> Sektion <u>ohne</u> weiterführ. Unters. <input type="checkbox"/> Sektion <u>mit</u> weiterführ. Unters. <input type="checkbox"/> Bakt. Untersuchung + AB <input type="checkbox"/> Parasit. Untersuchung <input type="checkbox"/> Histologische Untersuchung	<b>Serologie</b>				<b>Spezifischer Erregernachw.</b> (PCR, ISH, ELISA etc.)	
	<b>Schwein</b>	<b>Rind</b>	<b>Schaf</b>	<b>Ziege</b>	<b>Schwein</b>	<b>Rind</b>
	<input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Circovirus <input type="checkbox"/> Leptospirose <input type="checkbox"/> Parvovirose <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> PRRS	<input type="checkbox"/> BRSV <input type="checkbox"/> ParaTBC <input type="checkbox"/> PI 3 <input type="checkbox"/> Q Fieber <input type="checkbox"/> Rota <input type="checkbox"/> Leptospiren <input type="checkbox"/> Corona <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Neospora	<input type="checkbox"/> Maedi/Visna <input type="checkbox"/> Bruc. ovis <input type="checkbox"/> Pseudo Tbc <input type="checkbox"/> Leptospiren <input type="checkbox"/> Chlamydien	<input type="checkbox"/> CAE <input type="checkbox"/> Pseudo Tbc. <input type="checkbox"/> Leptospiren <input type="checkbox"/> Chlamydien	<input type="checkbox"/> Parvovirus <input type="checkbox"/> Past. multocid. <input type="checkbox"/> PRRSV <input type="checkbox"/> PMWS (ISH) <input type="checkbox"/> Circovirus <input type="checkbox"/> Lawsonien <input type="checkbox"/> Leptospiren	<input type="checkbox"/> Rota-/Corona- virus/K99/ Kryptosporidie <input type="checkbox"/> Neospora <input type="checkbox"/> Brachyspira <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Häm. parasuis

**Andere Untersuchung/en** (Kostenbeteiligung durch TGD nur wenn Genehmigungszahl angeführt ist)

Genehmigungszahl

**Kostenübernahme**

Kostenbeteiligung durch Oö. TGD nur bei korrekter Angabe von Tierarzt, LFBISNr und Unterschrift des Tierhalters. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich Teilnehmer am Oö. TGD bin und die Selbstkosten im Rahmen der Abrechnung der Betriebserhebungen eingehoben werden dürfen.

TGD Betrieb \*)     Ja     Nein

**Ergebnisse der Untersuchung**

Unterschrift des Tierhalters \*)