

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

Sektion ohne weiterführ. Unters.

Sektion mit weiterführ. Unters.

Bakt. Untersuchung + AB

Parasit. Untersuchung

Histologische Untersuchung

Serologie				Spezifischer Erregernachw. (PCR, ISH, ELISA etc.)	
Schwein	Rind	Schaf	Ziege	Schwein	Rind
<input type="checkbox"/> APP	<input type="checkbox"/> BRSV <input type="checkbox"/> ParaTBC	<input type="checkbox"/> Maedi/Visna	<input type="checkbox"/> CAE	<input type="checkbox"/> Parvovirus	<input type="checkbox"/> Rota-/Coronavirus/K99/Kryptosporidie
<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> PI 3 <input type="checkbox"/> Q Fieber	<input type="checkbox"/> Bruc. ovis	<input type="checkbox"/> Pseudo Tbc.	<input type="checkbox"/> Past. multocid.	
<input type="checkbox"/> Circovirus	<input type="checkbox"/> Rota <input type="checkbox"/> Leptospiren	<input type="checkbox"/> Pseudo Tbc	<input type="checkbox"/> Leptospiren	<input type="checkbox"/> PRRSV	<input type="checkbox"/> Neospora
<input type="checkbox"/> Leptospirose	<input type="checkbox"/> Corona	<input type="checkbox"/> Leptospiren	<input type="checkbox"/> Chlamydien	<input type="checkbox"/> PMWS (ISH)	<input type="checkbox"/> Brachyspira
<input type="checkbox"/> Parvovirose	<input type="checkbox"/> Chlamydien	<input type="checkbox"/> Chlamydien		<input type="checkbox"/> Circovirus	<input type="checkbox"/> Chlamydien
<input type="checkbox"/> Chlamydien	<input type="checkbox"/> Neospora			<input type="checkbox"/> Lawsonien	<input type="checkbox"/> Häm. parasuis
<input type="checkbox"/> PRRS				<input type="checkbox"/> Leptospiren	

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 *)