

## UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

### KOT-UNTERSUCHUNG

Name, Vorname  
des Auftraggebers \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort/PLZ \_\_\_\_\_

Telefon, Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Tierarztpraxis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort/PLZ \_\_\_\_\_

Telefon, Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name des Tieres

Alter

Geschlecht

Rasse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

m

w

\_\_\_\_\_

Bemerkungen zur (Vor-) Behandlung des Tieres:

Bitte wählen Sie die gewünschten Untersuchungen

PFERD Probenmaterial: Kot, als Sammelprobe, mind. 40 g

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bakt. Untersuchung<br>(inkl. Anaerobier) | <input type="checkbox"/> Rota-Virus                                     | <input type="checkbox"/> Durchfallerkrankungen<br>Fohlen<br>(E.coli,Klostridien,RotaV, Salmonellen) |
| <input type="checkbox"/> Parasitolog. Untersuchung                | <input type="checkbox"/> Salmonellen                                    | <input type="checkbox"/> Durchfallerkrankungen<br>Adult<br>(BU,Parasiten,Pilze)                     |
| <input type="checkbox"/> Hefen                                    | <input type="checkbox"/> Schimmelpilze                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Rhodococcus equi                         | <input type="checkbox"/> Kryptosporidien                                |   |
|   | <input type="checkbox"/> Intestinale Erkrankungen<br>(BU, Pilze, RotaV) |   |

HUND

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bakt. Untersuchung<br>(inkl. Anaerobier) | <input type="checkbox"/> Neospora canium | Probenmaterial: Kot, als<br>Sammelprobe, mind. 40 g |
| <input type="checkbox"/> Parasitolog. Untersuchung                | <input type="checkbox"/> Kryptosporidien |   |
| <input type="checkbox"/> Hefen                                    | <input type="checkbox"/> Parvovirus      |   |
| <input type="checkbox"/> Giardia                                  | <input type="checkbox"/> Salmonellen     |   |
| <input type="checkbox"/> Herpesvirus                              | <input type="checkbox"/> Toxoplasma      |   |
| <input type="checkbox"/> Mykologische Untersuchung                |  |   |

### KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Ich beauftrage Sie hiermit, die obengenannten Untersuchungen durchzuführen und erkläre mich bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen.

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_  
Tierhalter

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_  
Tierarzt