

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

SEROLOGIE ANTIKÖRPER-BESTIMMUNG

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

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Borrelien | ☐ Influenza |
| ☐ Chlamydien | ☐ Lentiviren |
| ☐ EHV-1 | ☐ Leptospiren |
| ☐ EHV-4 | |

Probenmaterial: Serum

HUND

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| ☐ Adenovirus | ☐ Herpesvirus | ☐ Leptospiren | ☐ Salmonella |
| ☐ Birnavirus | ☐ Influenza A | ☐ Morbilivirus | typhimurium |
| ☐ Borrelien | ☐ Inf. Bronchitis | ☐ Mycoplasmen | ☐ Sarkoptes |
| ☐ Brucella canis | ☐ Inf. Laryngotracheitis | ☐ Parvovirus | ☐ Toxoplasma |
| ☐ Chlamydien | ☐ Yersinia spp. | ☐ Salmonella enteritidis | gondii |
| ☐ Ehrlichia canis | ☐ Leishmanien | ☐ Salmonella pullorum | |

Probenmaterial: Serum

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

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

Ort, Datum, Unterschrift
TierhalterOrt, Datum, Unterschrift
Tierarzt