

Untersuchungsauftrag für Direktproben (Blut, Rachenabstrich, Kot, Fellabstrich)

Auftrag vom:

MicroBioS Nr. /
wird vom Labor vergeben

| | | |
|----------------------|--------------|--------------|
| Auftraggeber: | Rechnung an: | Auftraggeber |
| Adresse: | andere: | |
| Telefon/FAX: | Bericht an: | |
| E-mail: | | |
| PO-Nr.: | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|-----------------------|-----------|--|----------------------|----------------------|
| Referenz Nr. | | Anzahl beprobte Tiere | | | Kontrolluntersuchung | |
| TierNr. /ID | | Alter | | | | Eingangsuntersuchung |
| Tierart/-stamm | | Geschlecht | m: w: | | | Sonderuntersuchung |
| Haltung/Herkunft | | Sentinel | Ja: nein: | | | Quarantäne |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------|
| Untersuchungsmaterial (zutreffendes bitte ankreuzen): | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Rachenabstrich für Bakt. | <input type="checkbox"/> | Rachenabstrich für PCR | <input type="checkbox"/> | Blut (DBS; Dry Blood Spot) | <input type="checkbox"/> | Blut / Serum |
| <input type="checkbox"/> | Kotprobe für Bakt. | <input type="checkbox"/> | Kotprobe für PCR | <input type="checkbox"/> | Fellabstrich (Sticky swab) | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: | | | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|---|
| Untersuchungswunsch (zutreffendes bitte ankreuzen): | | | | | |
| FELASA-2014-Pakete: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | FELASA Quartal Bakt.-Profil | (Beinhaltet: Rachen Bakteriologie, Blut Serologie, Kot PCR (excl. <i>Helicob.</i>), Fell PCR) | | | PLUS Optional: PCR Helicobacter -> Bitte unten ankreuzen |
| <input type="checkbox"/> | FELASA Quartal PCR-Profil | (Beinhaltet: Rachen PCR, Blut Serologie, Kot PCR (excl. <i>Helicob.</i>), Fell PCR) | | | |
| <input type="checkbox"/> | FELASA Jährlich Bakt.-Profil | (Beinhaltet: Rachen Bakteriologie, Blut Serologie, Kot PCR (excl. <i>Helicob.</i>), Fell PCR) | | | |
| <input type="checkbox"/> | FELASA Jährlich PCR-Profil | (Beinhaltet: Rachen PCR, Blut Serologie, Kot PCR (excl. <i>Helicob.</i>), Fell PCR) | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Einzel-Untersuchungen: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Rachen Bakteriologie | <input type="checkbox"/> | Rachen PCR (quartal) | <input type="checkbox"/> | Rachen PCR (jährlich) | <input type="checkbox"/> | Fell PCR (Ektoparasiten) |
| <input type="checkbox"/> | Kot PCR (Protozoen) | <input type="checkbox"/> | Kot PCR (Spironucleus) | <input type="checkbox"/> | Kot PCR (Helicob. mit Diff.) | <input type="checkbox"/> | Kot PCR (Helicob. ohne Diff.) |
| <input type="checkbox"/> | Kot PCR (Helminthen) | <input type="checkbox"/> | Kot Bakteriologie | <input type="checkbox"/> | Blut Serologie (quartal) | <input type="checkbox"/> | Blut Serologie (jährlich) |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: | | | | | | |

Abkürzungen: Bakt. = Bakteriologie; Helicob. = Helicobacter sp.; Diff. = Differenzierung

| | |
|-----------------------|---|
| Bemerkungen | Ist das Tier im Versuch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Untersuchungsgrund: | |
| Beobachtete Symptome: | |
| Sonstiges: | |

| Proben-Kennung | Raum/Käfig | Tiernummer/ Tier ID | Alter in Wochen (W) Monaten(M), Jahren(J) | Bemerkungen |
|----------------|------------|---------------------|--|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Datum / Unterschrift: