

Auftraggeber/Praxis

(bitte Druckschrift oder Stempel)

Name:.....

Institution:.....

Adresse:.....

PLZ, Ort:

T:

F:

E:

Besitzer

(bitte Druckschrift)

Name:.....

Adresse:.....

PLZ, Ort:

T:

F:

E:

Untersuchungsmaterial

(bitte ankreuzen/angeben)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kot | <input type="checkbox"/> Tupfer |
| <input type="checkbox"/> Harn | <input type="checkbox"/> Abstrich |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Auge |
| <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Ohr |
| <input type="checkbox"/> Wunde | <input type="checkbox"/> Fistel |

Organmaterial:.....

Sonstiges Material:..

Tierart

(bitte ankreuzen/angeben)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Katze |
| <input type="checkbox"/> Meerschweinchen/Kaninchen | <input type="checkbox"/> Maus/Ratte |
| <input type="checkbox"/> Schwein | <input type="checkbox"/> Schaf/Ziege |
| <input type="checkbox"/> Rind | <input type="checkbox"/> Pferd |
| <input type="checkbox"/> Vogel, Art:..... | |
| <input type="checkbox"/> Reptil, Art:..... | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Tierart:..... | |

Rasse:.....

Geschlecht:.....

Alter:.....

Name/ID:.....

Vorbericht (bitte ankreuzen/angeben)

Vorbehandlung:

- Nein
 Ja, mit

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen/angeben)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> BU | <input type="checkbox"/> Zuchtauglichkeit
(ohne CEMO) |
| <input type="checkbox"/> Antibiogramm | <input type="checkbox"/> CEMO |
| <input type="checkbox"/> Mykologie | <input type="checkbox"/> Genitalinfektionserreger |
| <input type="checkbox"/> Dermatophyten | <input type="checkbox"/> Aborterreger |
| <input type="checkbox"/> Chlamydien | <input type="checkbox"/> FELASA Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Mykoplasmen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:..... | |

Weiterleitung der Befunde

- Fax
 Postalisch
 E-Mail

An

- Auftraggeber/Klinik/Praxis
 Besitzer

Rechnungsadresse

- Auftraggeber/Klinik/Praxis
 Besitzer

Datum, Unterschrift:

Eingangsprüfung (IBM) durch:..... **Datum:**..... **Zeit:**.....

Paraphe:.....

Probensendung/Untersuchungsauftrag an:

Institut für Bakteriologie, Mykologie und Hygiene
 Bakteriologische & Mykologische Diagnostik
 Veterinärplatz 1, 1210 Wien, Österreich
 T +43 1 25077-2116, -6920 (Mobil), F +43 1 25077-2190
 ibmh@vetmeduni.ac.at, www.vetmeduni.ac.at/bakteriologie