

<b>Formblatt</b>	<b>Universitätsklinik für Geflügel und Fische Abteilung Fischgesundheit</b>			<b>vetmeduni</b>
Erstellt: Lewisch 01/2017	Geändert: Lewisch 12/2024	Geprüft: Troxler 12/2024	Freigabe: Holzer (siehe LDB)	<b>FB/82/V3.2</b>
<b>Untersuchungsanforderung zur Aufrechterhaltung des Status gem. EU 2020/689 Anhang VI</b>				

**Vom Labor auszufüllen**

Datum Probeneingang: . . . . . 2026	Protokoll-Nr.: <b>PAF26/. . . . .</b>
Unterschrift:	bis <b>PAF26/. . . . .</b>

**Probentransport** (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Post <input type="checkbox"/>	Persönlich <input type="checkbox"/>	Botendienst <input type="checkbox"/>	Verpackung ausreichend <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> *
Gekühlt <input type="checkbox"/>	Gefroren <input type="checkbox"/>	Nicht gekühlt <input type="checkbox"/>	* Grund:		

**A Angaben zum Betrieb**

Name, Adresse: Telefon: E-Mail:					
Weitere Angaben sofern vorhanden					
Genehmigungs-/Registrierungsnummer:				LFBIS Nr.	
Gehaltene Fischarten					
Produktionsrichtung(en)		Speisefischproduktion <input type="checkbox"/>	Setzlingsproduktion <input type="checkbox"/>		
		Laichfischhaltung <input type="checkbox"/>	Eierbrütung <input type="checkbox"/>		
Wasserversorgung		Quelle <input type="checkbox"/>	Bach <input type="checkbox"/>	Grundwasser <input type="checkbox"/>	Seewasser <input type="checkbox"/>
		Himmelteich <input type="checkbox"/>			
Oberlieger		Eigene <input type="checkbox"/>	Fremde <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Unterlieger		Eigene <input type="checkbox"/>	Fremde <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>

<b>Befundübermittlung</b>	An Tierarzt <input type="checkbox"/>	An Betrieb <input type="checkbox"/>	An BH <input type="checkbox"/>	Per Post <input type="checkbox"/>	Per Mail <input type="checkbox"/>
<b>Rechnung</b>	An Tierarzt <input type="checkbox"/>	An Betrieb <input type="checkbox"/>		Per Post <input type="checkbox"/>	Per Mail <input type="checkbox"/>

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

**B Angaben zum Probenmaterial**

<b>Proben entnommen am:</b>		<b>von:</b>	
<b>Fische lebend <input type="checkbox"/></b>		<b>tot <input type="checkbox"/></b>	<b>Fortpflanzungsprodukte <input type="checkbox"/></b>
Anzahl	Art	Haltungseinheit	

<b>Erwünschte Untersuchung auf:</b> <b>VHS <input type="checkbox"/></b> <b>IHN <input type="checkbox"/></b> <b>KHV <input type="checkbox"/></b> <b>anderes:</b> _____
---

**C Betreuungst tierarzt**

Name, Adresse, Tel., E-Mail
-----------------------------

.....

Datum

.....  
Für die Richtigkeit der Angaben: Unterschrift