

Begleitblatt für Proben von Kameliden zur Untersuchung auf Flavi- und Blauzungenviren

(Version für Labore, Stand 14.08.2025)

Empfängerin:

Dr. med. vet. Claudia Schulz
Infektiologie und Virologie | Zentrum für Pathobiologie
Veterinärmedizinische Universität (Vetmeduni)
Veterinärplatz 1 (Gebäude AC)
AT-1210 Wien
Österreich
Email: evi-camheal@vetmeduni.ac.at, Tel: +43 (0) 1 25077-2333/-6266

Feld bitte freilassen!
Interne Nr. Virologie

Absender:in:

Ansprechpartner:in: _____

Institution: _____

Postanschrift: _____

Telefon/Email-Adresse für Rückfragen: _____

Erklärung Labor

Ja	Nein	Erklärung
☐	☐	Das Probenmaterial wurde für andere Zwecke/Untersuchungen als die o.g. Studie von Tieren entnommen
☐	☐	Für das übersendete Probenmaterial liegt eine schriftliche Erlaubnis des Tiereigentümer/halter:in Tierhalters vor, dass das Probenmaterial in den Besitz unseres Labores übergegangen ist und anonymisiert für andere Studien weiterverwendet und weitergegeben werden darf
☐	☐	Der/die Tiereigentümer/halter:in sendet für das übersendete Probenmaterial einen ausgefüllten Fragebogen und eine schriftliche Erlaubnis, dass das Probenmaterial mit tier-, personen- und betriebsbezogenen Daten für die o.g. Studien weiterverwendet und weitergegeben werden darf an die Studienleitung.

Probenbegleitblatt - anonymisiert

Probenidentifikations-Nr.: (z.B. Labor-Einsendungsnummer) _____

Land, Bundesland, Bezirk/Kreis des Betriebs: _____

Feld bitte freilassen!
Interne Nr. Virologie

Datum: ☐ Probennahme _____ ☐ Probeneingang _____

Probenart: Blut: ☐ Serum ☐ gerinnungsgehemmtes Blut
☐ präkolostral ☐ postkolostral ☐ älteres Tier ☐ Sonstiges: _____
Organ: ☐ Liquor ☐ Gehirn ☐ Lunge ☐ Milz ☐ Sonstiges: _____

Tierart: ☐ Lama ☐ Alpaka ☐ Guanako ☐ Vikunja ☐ Sonstiges _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert ☐ Nicht bekannt

Alter: Geb.Datum _____ ☐ Neugeboren ____ Tage ☐ Cria unter 6 Monaten
☐ Cria (6-12 Mo.) ☐ Jährling (12-24 Mo.) ☐ Adult (ab 25 Mo.) ☐ Nicht bekannt

Vorbericht/Erkrankungen: _____

Laborbefunde: Wurde bei dem Tier eine Infektion mit BTV oder WNV untersucht?

☐ Nein ☐ Nicht bekannt ☐ Ja: ☐ BTV ☐ WNV, mit folgenden Ergebnissen:
☐ Positiv: ☐ BTV-Antikörper ☐ BTV-RNA ☐ WNV-Antikörper ☐ WNV-RNA
☐ Negativ: ☐ BTV-Antikörper ☐ BTV-RNA ☐ WNV-Antikörper ☐ WNV-RNA
☐ Nicht bekannt
☐ Weitere diagnostizierte (Infektions-)Krankheiten: _____

Impfungen: Blauzungenvirus-Impfungen:

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Ja, bereits geimpft:
☐ 1. Impfung (Impfstoff, Datum) _____
☐ 2. Impfung (Impfstoff, Datum) _____

West-Nil-Virus-Impfung:

☐ Keine ☐ Nicht bekannt
☐ Ja (Impfstoff, Datum) _____

Bemerkungen: _____

Stimmen Sie der Verarbeitung personenbezogener Daten & Datenschutzerklärung zu?* ☐ Nein ☐ Ja

Stimmen Sie der Untersuchung der Proben auf BTV-Antikörper und Flaviviren zu?* ☐ Nein ☐ Ja

Stimmen Sie der Weitergabe der Proben und Untersuchung auf weiterer Erreger zu?* ☐ Nein ☐ Ja

Versanddatum: _____ Unterschrift: _____