

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

(Version für Tiereigentümer/-halterInnen, Stand 07.04.2025)

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.

Erklärung Tiereigentümer/-halter:in

Ja	Nein	Erklärung
☐	☐	Das Probenmaterial wurde für andere Zwecke/Untersuchungen* als die o.g. Studie von meinem/meinen Tier(en) entnommen
☐	☐	Das übersendende Labor hat von mir die schriftliche Erlaubnis erhalten anonymisierte Daten zusammen mit dem Probenmaterial für andere Studien weiterzugeben und weiterzuverwenden
☐	☐	Das übersendende Labor hat von mir die schriftliche Erlaubnis erhalten das Probenmaterial für die Teilnahme an der o.g. Studie weiterzugeben
☐	☐	Ich habe für mein Tier einen Befund für den Nachweis einer BTV-, WNV- oder FSMEV-Infektion erhalten und möchte gerne an der Fragebogenumfrage teilnehmen
☐	☐	Ich möchte gerne an der Fragebogenumfrage teilnehmen.
☐	☐	Die tier-, personen- und betriebsbezogene Daten sind von mir ausgefüllt an die Studienleitung der o.g. Studie gesendet worden

* Aktuell dürfen von Tieren keine Proben für den o.g. Studienzweck entnommen werden

Tierinformationsblatt Teil 1: Probenbegleitblatt

– Mit schriftlicher Erlaubnis der Weitergabe & Verarbeitung personenbezogener Daten

Tiername/Identifikations (ID)-Nr.: _____

Ort des Betriebs (PLZ/Kreis/Bezirk): _____

Bundesland, Land: _____

Proben: ☐ Ja, siehe Proben-ID-Nr. ☐ Der Fragebogen wird ohne Probenuntersuchung beantwortet

Proben-ID-Nr.: (z.B. Labor-Einsendungsnummer) _____

Datum: ☐ Probennahme _____ ☐ Nicht bekannt

Probenart: Blut: ☐ Serum ☐ gerinnungsgehemmtes Blut

☐ präkolostral ☐ postkolostral ☐ älteres Tier

Organ: ☐ Liquor ☐ Gehirn ☐ Lunge ☐ Milz ☐ Sonstiges: _____

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

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert ☐ Nicht bekannt

Alter: ☐ Neugeboren ____ Tage ☐ unter 6 Monaten

☐ 6 Monate bis 2 Jahre ☐ > 2 Jahre ☐ Nicht bekannt

Symptome: ☐ Keine ☐ Ja ➔ Siehe Tierinformationsblatt Teil 2

Laborbefunde: Wurde bei Ihrem 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:

☐ 1. Impfung (Impfstoff, Datum) _____

☐ 2. Impfung (Impfstoff, Datum) _____

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Impfung geplant

☐ West-Nil-Virus-Impfung:

☐ Ja (Impfstoff, Datum) _____

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Impfung geplant

☐ Impfungen gegen andere Erreger: _____

☐ Impf-Nebenwirkungen: ☐ Keine ☐ Ja ➔ Siehe Tierinformationsblatt Teil 3

Bemerkungen: _____

Versanddatum: _____

Unterschrift: _____

(Bitte Probenbegleitblatt mit Forschungsinformation, Datenschutz- und Einwilligungserklärung zusenden)

Feld bitte freilassen!
Interne Nr. Virologie

Tierinformationsblatt Teil 2: Erkrankungssymptome

– Mit schriftlicher Erlaubnis der Weitergabe & Verarbeitung betriebsbezogener Daten

Feld bitte freilassen!
Interne Nr. Virologie

Tiername oder Identifikations-Nr.: _____

- ☐ Keine Symptome
☐ Klinische Symptome im Zeitraum: von _____ bis _____
☐ Reduziertes Allgemeinbefinden
☐ Erhöhte Körpertemperatur: max. _____ °C

Ernährungszustand:

- ☐ Normal ☐ Abmagerung ☐ reduzierte Futteraufnahme ☐ Futterverweigerung
☐ Sonstiges: _____

Magendarmtrakt:

- ☐ Normal ☐ Durchfall ☐ Kolik ☐ Sonstiges: _____

Herz-Kreislauf-System:

- ☐ Normal ☐ Dehydrierung ☐ Sonstiges: _____

Fellzustand:

- ☐ Gepflegt ☐ Ungepflegt ☐ Hautentzündung ☐ Erosionen ☐ Sonstiges: _____

Haut:

- ☐ Normal ☐ Läsion(en) ☐ Entzündung ☐ Sonstiges: _____

Schleimhaut:

- ☐ Normal ☐ Läsionen/Erosionen (Körperregion): _____ ☐ Ödeme ☐ Sonstiges: _____

Atmungstrakt:

- ☐ Normal ☐ Erhöhte Atemfrequenz ☐ Atemnot ☐ Augen-/Nasenausfluss ☐ Sonstiges: _____

Sozialverhalten:

- ☐ Normal ☐ Inaktiv/Schwäche ☐ Lethargie ☐ Isolation ☐ Aggression ☐ Sonstiges: _____

Bewegungsapparat:

- ☐ Normal ☐ Lahmheit ☐ Festliegen / Aufstehschwierigkeiten ☐ Sonstiges: _____

Neurologische Symptome:

- ☐ Normal ☐ Ataxie / Asymmetrischer Gang ☐ Muskelzucken / Tremor
☐ Lähmungserscheinungen im Kopfbereich ☐ Lähmungserscheinungen an den Gliedmaßen
☐ Schluckbeschwerden
☐ Sensibilitätsstörungen mit Überempfindlichkeit für Berührungsreize ☐ Sonstiges: _____

Reproduktion:

- ☐ Abort ☐ Frühgeburt ☐ Lebensschwach ☐ Totgeburt ☐ Mumifizierung ☐ keine Auffälligkeiten
☐ Sonstiges: _____

Sonstiges: ☐ _____

Tierinformationsblatt Teil 3: Nebenwirkungen nach Impfung

– Mit schriftlicher Erlaubnis der Weitergabe & Verarbeitung betriebsbezogener Daten

Feld bitte freilassen!
Interne Nr. Virologie

Tiername oder Identifikations-Nr.: _____

Impfstoffbezeichnung und Datum der Impfung(en): _____

- ☐ Keine Symptome
☐ Klinische Symptome im Zeitraum: von _____ bis _____
☐ Reduziertes Allgemeinbefinden
☐ Erhöhte Körpertemperatur: max. _____ °C

Ernährungszustand:

- ☐ Normal ☐ Abmagerung ☐ reduzierte Futterraufnahme ☐ Futterverweigerung
☐ Sonstiges: _____

Magendarmtrakt:

- ☐ Normal ☐ Durchfall ☐ Kolik ☐ Sonstiges: _____

Herz-Kreislauf-System:

- ☐ Normal ☐ Dehydrierung ☐ Sonstiges: _____

Fellzustand:

- ☐ Gepflegt ☐ Ungepflegt ☐ Hautentzündung ☐ Erosionen ☐ Sonstiges: _____

Haut:

- ☐ Normal ☐ Läsion(en) ☐ Entzündung ☐ Sonstiges: _____

Schleimhaut:

- ☐ Normal ☐ Läsionen/Erosionen (Körperregion): _____ ☐ Ödeme ☐ Sonstiges: _____

Atmungsstrakt:

- ☐ Normal ☐ Erhöhte Atemfrequenz ☐ Atemnot ☐ Augen-/Nasenausfluss ☐ Sonstiges: _____

Sozialverhalten:

- ☐ Normal ☐ Inaktiv/Schwäche ☐ Lethargie ☐ Isolation ☐ Aggression ☐ Sonstiges: _____

Bewegungsapparat:

- ☐ Normal ☐ Lahmheit ☐ Festliegen / Aufstehschwierigkeiten ☐ Sonstiges: _____

Neurologische Symptome:

- ☐ Normal ☐ Ataxie / Asymmetrischer Gang ☐ Muskelzucken / Tremor
☐ Lähmungserscheinungen an den Gliedmaßen ☐ Lähmungserscheinungen im Kopfbereich
☐ Schluckbeschwerden ☐ Sensibilitätsstörungen mit Überempfindlichkeit für Berührungsreize
☐ Sonstiges: _____

Reproduktion:

- ☐ Abort ☐ Frühgeburt ☐ Lebensschwach ☐ Totgeburt ☐ Mumifizierung ☐ keine Auffälligkeiten

Sonstiges: ☐ _____

Betriebsinformationsblatt zu Tierhaltung und Management

– Mit schriftlicher Erlaubnis der Weitergabe & Verarbeitung betriebsbezogener Daten

Tiername/Identifikations-Nummer(n):

(Betriebszugehörige Neuweltkameliden von denen Proben eingesendet wurden):

Feld bitte freilassen!
Interne Nr. Virologie

Name Tiereigentümer:in/Tierhalter:in: _____

Name Betrieb: _____

Ort des Betriebs (PLZ/Kreis/Bezirk): _____ Bundesland, Land: _____

Telefon/Email-Adresse für Rückfragen: _____

☐ Keine Angaben

Gesamtzahl NWK (Betrieb): ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-50 ☐ > 50 (bitte Anzahl angeben) _____

Laborbefunde: Wurden in Ihrem Betrieb Infektion(en) 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

☐ Welche Tierarte(n): _____

Impfungen: ☐ Blauzungenvirus-Impfungen auf Betriebsebene bei Neuweltkameliden:

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Impfung geplant

☐ 1. Impfung (Impfstoff, Datum, Tieranzahl) _____

☐ 2. Impfung (Impfstoff, Datum, Tieranzahl) _____

☐ West-Nil-Virus-Impfung auf Betriebsebene bei Neuweltkameliden:

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Impfung geplant

☐ Ja (Impfstoff, Datum, Tieranzahl) _____

☐ Sind Nebenwirkungen nach der Impfung aufgetreten?

☐ Ja -> bitte Tierinformationsblatt Teil 3 ausfüllen

☐ Nein

☐ Nicht bekannt

☐ Impfungen gegen andere Erreger: _____

☐ Blauzungenvirus-Impfungen bei anderen Tierarten:

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Impfung geplant

☐ 1. Impfung (Impfstoff, Datum, Tierart, Tieranzahl) _____

☐ 2. Impfung (Impfstoff, Datum, Tierart, Tieranzahl) _____

☐ West-Nil-Virus-Impfung bei anderen Tierarten:

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Impfung geplant

☐ Ja (Impfstoff, Datum, Tierart, Tieranzahl) _____

Insektizid/Repellent: ☐ keine ☐ 1 x jährlich ☐ 2 x jährlich ☐ 1 bis 3 monatlich

☐ Art des Insektizids/ Repellents _____

Weide/Auslauf: ☐ Weide mit Stall/Unterstand ☐ Paddock mit Stall/Unterstand

☐ Weide ohne Stall/Unterstand ☐ Paddock ohne Unterstand

☐ Stallhaltung über Nacht ☐ keine Angabe ☐ Sonstiges: _____

Umgebung (500 m): ☐ Offene Landschaft ☐ Waldrand ☐ Gewässer ☐ keine Angabe

☐ Sonstiges: _____

Andere Tierarten direkter Kontakt: ☐ Wiederkäuer ☐ Pferd ☐ Geflügel ☐ Sonstiges: _____

Andere Tierarten kein Kontakt: ☐ Wiederkäuer ☐ Pferd ☐ Geflügel ☐ Sonstiges: _____

Traten auf dem Betrieb Symptome/ (Infektions-)Krankheiten/Missbildungen vermehrt auf?

☐ Keine ☐ Nicht bekannt ☐ Ja, seit _____ Folgende: _____

Nähere Beschreibung/Bemerkungen: _____

(Betriebsinformationsblatt mit Forschungsinformation, Einwilligungs-, und Datenschutzerklärung zusenden)