

## MILCHPROBEN-BEGLEITSCHREIBEN

<b>TIERBESITZER</b>			<b>TIERARZT</b>		
Name _____			Name _____		
Straße, Hausnummer _____			Straße, Hausnummer _____		
PLZ _____	Wohnort _____	Bundesland _____	PLZ _____	Wohnort _____	Bundesland _____
Vorwahl/ Rufnummer _____		Fax _____	Vorwahl/ Rufnummer _____		Fax _____
E-Mail (bitte angeben wenn vorhanden) _____			E-Mail (bitte angeben wenn vorhanden) _____		
LFBIS-Nr.: _____					
<b>MOLKEREI:</b> _____			Sonstige Anmerkungen: _____		
<b>MOLKEREI-Liefernummer:</b> _____					
TGD-Mitglied: <input type="checkbox"/> NÖ <input type="checkbox"/> OÖ <input type="checkbox"/> Slbg. <input type="checkbox"/> Bgld.					
<input type="checkbox"/> K. <input type="checkbox"/> T. <input type="checkbox"/> Vlbgl. <input type="checkbox"/> Stm. <input type="checkbox"/> kein					

Probenentnahme am: _____	<input type="checkbox"/> Tierbesitzer	<input type="checkbox"/> Tierarzt
Bereits behandelt am: _____	Abkalbedatum: _____	

### Probeneinsendung wegen:

welche(s) Viertel erkrankt: \_\_\_\_\_

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> hohem Zellgehalt           | <input type="checkbox"/> Zitzenverletzung                 | <input type="checkbox"/> Kontrolle für Versteigerung |
| <input type="checkbox"/> Milchveränderung           | <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Zukauf            | <input type="checkbox"/> andere Gründe: _____        |
| <input type="checkbox"/> Euterschwellung            | <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung        |  |
| <input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber | <input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen |  |

<b>Kuh</b>				
OM-Nr.:				<b>* Erläuterungen:</b> - = normal + = leicht ++ = stark +++ = sehr stark
Name:				
<b>Zeichen</b>	<b>Euterviertel</b>	<b>Schalmtest Ergebnis *</b>	<b>sinnfällig verändert</b>	
A RV	rechts vorne			
B RH	rechts hinten			
C LV	links vorne			
D LH	links hinten			

### MILCHPROBEN-BEGLEITSCHREIBEN

	Ohrmarke / Name	ZZ	Viertel	Schalm	Makroskopisch		Zytologie	Kultur	AB-Anmerkung
					Überstand	Sediment			
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						
	Ohrmarke / Name	ZZ	Viertel	Schalm	Makroskopisch		Zytologie	Kultur	AB-Anmerkung
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						
	Ohrmarke / Name	ZZ	Viertel	Schalm	Makroskopisch		Zytologie	Kultur	AB-Anmerkung
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						
	Ohrmarke / Name	ZZ	Viertel	Schalm	Makroskopisch		Zytologie	Kultur	AB-Anmerkung
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						
	Ohrmarke / Name	ZZ	Viertel	Schalm	Makroskopisch		Zytologie	Kultur	AB-Anmerkung
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						

**Datum:**

**Unterschrift:**