

## **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) _____		
<u>LFBIS-Nr.:</u> _____					
<u>MOLKEREI:</u> _____			<u>Sonstige Anmerkungen:</u> _____		
<u>MOLKEREI-Liefernummer:</u> _____					
<u>TGD-Mitglied:</u> <input type="checkbox"/> NÖ <input type="checkbox"/> OÖ <input type="checkbox"/> Slbg. <input type="checkbox"/> Bgl. <input type="checkbox"/> K. <input type="checkbox"/> T. <input type="checkbox"/> Vlbg. <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: \_\_\_\_\_

- hohem Zellgehalt  
 Milchveränderung  
 Euterschwellung  
 Eutererkrankung mit Fieber

- Zitzenverletzung  
 Kontrolle nach Zukauf  
 Kontrolle nach Behandlung  
 Kontrolle vor dem Trockenstellen

Kontrolle für Versteigerung  
 andere Gründe: \_\_\_\_\_

Kuh OM-Nr.: Name:	Schalmtest Ergebnis *	sinnfällig verändert	* Erläuterungen: - = normal + = leicht ++ = stark +++ = sehr stark			
			Zeichen	Euterviertel	A RV	rechts 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	
					Überstand	Sediment				
					rv					
					rh					
					lv					
					lh					
	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	
					Überstand	Sediment				
					rv					
					rh					
					lv					
					lh					
	Ohrmarke / Name	ZZ	Viertel	Schalm	Makroskopisch		Zytologie	Kultur	AB-Anmerkung	
					Überstand	Sediment				
					rv					
					rh					
					lv					
					lh					

Datum:

Unterschrift: