



STAATLICHES TIERÄRZTLICHES UNTERSUCHUNGSAMT AULENDORF - DIAGNOSTIKZENTRUM -

Untersuchungsantrag - Bienenprobeneinsendungen

Auftraggeber:

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Standort der Imkerei

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TSK-Nummer

Tierbesitzer:

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Kreis

Telefon

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Registriernummer Bienenhalter

Auftragsnummer:

Eingangsdatum:

Bemerkungsfeld:

(Untersuchungseinschränkung, Probenlagerung)

Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.ua-bw.de einsehen. Alternativ erhalten Sie die Informationen auch direkt bei Ihrem Untersuchungsamt.

- Untersuchung i. Rahmen der Tiergesundheitsdienst-Vereinbarung (Verdacht auf Amerikanische [Bösartige] Faulbrut, s. aktueller Leistungskatalog TSK)
- Sonstige Untersuchung (gebührenpflichtig)

Untersuchungsauftrag:

- Amerikanische (Bösartige) Faulbrut ⇒ Prüfplan: PP001BI Schadensursachen ⇒ Prüfplan: PP002BI
- Tracheenmilben-Untersuchung ⇒ Prüfplan: PP003BI (Sonstiges)

Untersuchungsmaterial:

Probenart:

Vorbericht:

Gesamtvölkerzahl: davon Ableger

Vorkommnisse im Bestand:

Krankheitssymptome:

Varroabehandlungsmittel:

Letzte Varroabehandlung am:.....

Vorbehandlung:

Einzeluntersuchungen bzw. Zusatzuntersuchungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologische und anatomische Untersuchung von Bienen und Waben ⇒ PV010BI | <input type="checkbox"/> Sackbrut (SBV) ⇒ PV008BI |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Amerikanischer (Bösartiger) Faulbrut ⇒ PV001BI / PV009BI | <input type="checkbox"/> Malpighamoebiose ⇒ PV006BI |
| <input type="checkbox"/> Varroose ⇒ PV004BI | <input type="checkbox"/> Sauerbrutkomplex ⇒ PV007BI |
| <input type="checkbox"/> Nosemose ⇒ PV002BI | <input type="checkbox"/> Schwarzsucht ⇒ PV011BI |
| <input type="checkbox"/> Akariose ⇒ PV005BI | <input type="checkbox"/> Kalkbrut ⇒ PV012BI |

Seite: 1 von

Bemerkung:

Bitte beachten: Nur vollständig ausgefüllte Anträge können bearbeitet werden. Standortangabe über den Betrieb ist unbedingt auszufüllen.

Datum: _____ **Unterschrift Auftraggeber:** _____