



# 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](http://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:

- Pathologische und anatomische Untersuchung von Bienen und Waben** ⇒ PV010BI
- Nachweis Amerikanischer (Bösartiger) Faulbrut** ⇒ PV001BI / PV009BI
- Varroose** ⇒ PV004BI
- Nosemose** ⇒ PV002BI
- Akariose** ⇒ PV005BI
- Sackbrut (SBV)** ⇒ PV008BI
- Malpighamoebiose** ⇒ PV006BI
- Sauerbrutkomplex** ⇒ PV007BI
- Schwarzsucht** ⇒ PV011BI
- 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: \_\_\_\_\_

Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die vorgelegte(n) Probe(n).  
Der Prüferbericht darf ohne schriftliche Genehmigung des STUA Aulendorf - Diagnostikzentrum nicht - auch nicht auszugsweise - vervielfältigt werden.  
Der Kunde ist mit der verkürzten Befundmitteilung entsprechend der SOP033AL einverstanden.

Code: F01-PP001-003BI05  
Genehmigt von Dr. Müller  
Gültig ab: 06.11.2018