

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



Formblatt „Untersuchungsantrag / Befundmitteilung für Hengste“

Code: F01-PP008BA03

Seite 1 von 1

Vom Einsender auszufüllen:			Vom STUA-DZ auszufüllen:		
HIT-Nr. des Tierarztes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HIT-Nr. des Tierhalters: <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ergebnismitteilung bitte an: <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Besitzer (schriftl.) <input type="checkbox"/> LRA-VA <input type="checkbox"/> PGD	Tagebuch-Nr.: _____ Eingangsdatum: _____ Untersuchungsbeginn: _____ Probe(n) angelegt von: _____ Fax: <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> LRA-VA <input type="checkbox"/> Sonstige am: _____ von: _____		
Anschrift des Einsenders: _____ _____ _____ Entnahmedatum / Unterschrift			Anschrift Besamungsstation/Hengsthalter: _____ _____ _____ TSK-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Bitte ankreuzen:

- allg. bakteriologische Untersuchung und CEM-Untersuchung
- nur CEM-Untersuchung

Die erste Untersuchung eines Hengstes im laufenden Jahr wird von der TSK BW bezahlt (allg. Bakteriologie, CEM- u. EVA-Untersuchung). Alle weiteren regelmäßigen Kontrolluntersuchungen sind kostenpflichtig. Bitte kreuzen Sie an, ob es sich um eine Erst- oder Kontrolluntersuchung handelt und geben Sie die TSK- u. die HIT-Nr. (Unternehmens-Nr.) an.

Lfd. Nr.	Name des Hengstes:	Bakteriologische Untersuchung (nach Prüfplan PP008BA)				Serologische Untersuchung (Nur Besamungshengste)			
		Art der Untersuchung	<input type="checkbox"/> Penisschaft	<input type="checkbox"/> Harnröhre (Vorsekret)	<input type="checkbox"/> Eichelgrube	<input type="checkbox"/> Sperma (Nur Besamungshengste)	EIA <input type="checkbox"/> Coggins	Beschäls. <input type="checkbox"/> KBR	EVA <input type="checkbox"/> SNT
	Untersuchungsgrund: 1. Untersuchung des lfd. Jahres <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/>	Direktanzucht							
		Anr. Strept.							
		Anr. Staph.							
		CEM <input type="checkbox"/> kulturell <input type="checkbox"/> PCR							

Staatl. Tierärztliches Untersuchungsamt
 Aulendorf - Diagnostikzentrum

Datum, Unterschrift Untersuchungseinrichtung