

STUA - Diagnostikzentrum, Löwenbreitestr. 18/20, 88326 Aulendorf  
**vollständige Anschrift des Tierbesitzers**

**Registriernummer nach Viehverkehrsverordnung:**

0	8																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

**Tierhalternummer**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ohne Tierhalternummer ist eine Kostenübernahme durch die Tierseuchenkasse ausgeschlossen.

**Ergebnis an**

- Tierarzt  Besitzer (schriftlich)
- per Telefax Nr.: \_\_\_\_\_
- telefonisch Nr.: \_\_\_\_\_
- schriftlich (nicht mehr bei Faxdurchgabe)

**Rechnung an**

- Tierarzt  Besitzer
- Amtliche Untersuchung im Auftrag des Veterinäramts \_\_\_\_\_
- Tierseuchenkasse nach Leistungskatalog
- Untersuchung vom Tiergesundheitsdienst genehmigt Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_

Hinweis: Von der Tierseuchenkasse oder vom Land nicht übernommene Untersuchungsgebühren müssen dem Einsender bzw. Tierbesitzer in Rechnung gestellt werden. Der Einsender haftet gem. § 4 LGeBG als Gesamtschuldner, falls die Untersuchungsgebühren nicht von der Tierseuchenkasse übernommen oder vom Tierbesitzer eingezogen werden können.

**Formblatt F01-PP008GF**

**Untersuchungsauftrag:** Untersuchung von ***Geflügelkotproben***

**Anzahl:** \_\_\_\_\_ **Tierart:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**Vorbericht/Bemerkungen:**  Routine  Kontrolluntersuchung  Feststellung der Krankheitsursache

**1. Bakteriologische Untersuchung**

- a. von Kotproben im Direktausstrich (PV019GF) auf bakterielle Erreger
- b. im Anreicherungsverfahren (PV033GF) auf Salmonellen

**2. Parasitologische Untersuchung auf Magen-Darm-Parasiten**

- im Flotationsverfahren (PV018GF)

**ERGEBNIS:**

Probe Nr.	Probenherkunft
1	
2	
3	
4	
5	

Vorabbeurteilung telefonisch erwünscht

erledigt:

**Anschrift des Tierarztes/Einsenders**



STUA Aulendorf - Diagnostikzentrum

Datum

Unterschrift des Einsenders

Dienstgebäude:  
 Löwenbreitestr. 18/20  
 88326 Aulendorf

Telefon (0 75 25) 9 42-0  
 Telefax (0 75 25) 9 42-200  
 poststelle@stuaau.bwl.de

Öffnungszeiten:  
 Montag - Donnerstag 8 - 12 Uhr und 13 - 16 Uhr  
 Freitag 8 - 12 Uhr und 13 - 14.30 Uhr  
 Samstag und Sonn- und Feiertage: Notdienst 9 - 11 Uhr



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

Code: F01-PP008GF07.docx  
 Genehmigt von Dr. Müller  
 Gültig ab 08.01.2019

**Parasitologische Untersuchungen****Tgb.-Nr.:****Parasitologisch: direkt (PV017GF)**

Angefertigt am:	von:
Abgelesen am:	von:

	Herkunft	Ergebnis
1		
2		

**Parasitologisch: Flotation (PV018GF)**

Angefertigt am:	von:
Abgelesen am:	von:

	Herkunft	Kokzidien	Spulwürmer	Haarwürmer	Sonstiges
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

**Bakteriologisch: direkt (PV019GF)** Gramfärbung

Angefertigt am:	von:
Abgelesen am:	von:

	Herkunft	AE 37 BSF	AE 37 GAS	Bemerkungen:
1				
2				
3				
4				

**Bakteriologisch: Anreicherung (PV033GF)**

Angefertigt am:	von:
-----------------	------

Die weiteren Angaben zur Untersuchung auf Salmonellen (Datum der Ableseung, Kürzel des Untersuchers, Ergebnis) sind auf einem entsprechenden Formblatt (F01-PV033GF) vermerkt.

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