

Untersuchung von Milchproben auf

- Mastitiserreger** **Resistenzbestimmung**
 PV 005EG u. PV 002EG PV 004EG
 Zellgehalt
 PV 008EG

STUA - Diagnostikzentrum, Löwenbreitestr. 18/20, 88326 Aulendorf

Vollständige Anschrift des **Tierarztes**

Eingangsdatum: _____ Tagebuchnummer _____

Untersuchungsbeginn: _____
 durch (NZ) _____

Ma-

Ablesung: _____
 durch (NZ) _____

Seite 1 von 1

Vollständige Anschrift des **Tierbesitzers/-halters**

TSK-Nr.

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

HIT-Nr.

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

ohne Nummer **keine** Kostenübernahme durch die Tierseuchenkasse

Nr.	Name/ Ohrmarkennummer	Bemerkungen	akut	Euter- viertel
1				
2				
3				
4				
5				

Ergebnisse:

Zellgehalt in Tsd.	Bakteriologisch		Mykologisch -kulturell Hefen
	Direktanzucht	- kulturell Anreicherung	

Vorbericht:

Letzte Behandlung am _____

vorbehandelt mit _____

Ich beantrage oben angegebene Untersuchungen durchzuführen.
 Ergebnis:

per Telefax (schriftl. Befund entfällt) an Nr. _____

Datum, Unterschrift des Antragstellers _____

Anmerkung zu den Methoden:

- Zellzählung: Optisch DCC
 Bakt.-kulturell: Direkt auf Blutagar und Gassner
 ggf. Anreicherung auf Blutagar
 Mykol.-kulturell: Sabouraud-Agar
 Resistenztest: Auf Müller-Hinton mit Schafblut
 Agar-Diffusions-Verfahren
 S = sensitiv (wirksam); I = intermediär (mäßig wirksam);
 R = resistent (unwirksam)

Bemerkungen zum Ergebnis:

Resistenztest

Probennummer	1	2	3	4	5				
Penicillin G									
Ampicillin									
Oxacillin									
Cefoperazon									
Gentamicin									
Tetracyclin									
Sulfam./Trimetho.									
Colistin									
Enrofloxacin									
Erythromycin									
Lincomycin									
Cefquinom									
Pirlimycin									
Albionic									
Ubrolixin									

per Fax

fernmündlich voraus

Datum, Uhrzeit, Namenszeichen

**Staatliches Tierärztliches Untersuchungsamt
 Aulendorf - Diagnostikzentrum**

Datum, Unterschrift

Verteiler: Tierseuchenkasse - Eutergesundheitsdienst