

**Untersuchungsanforderung  
Schwein  
Darmerreger**

**An: IVD GmbH**  
Gesellschaft für Innovative Veterinärdiagnostik  
Heisterbergallee 12 30453 Hannover  
**Telefon** + 49 (0)511-22 00 29-0 **Fax** -99  
**E-Mail:** service@ivd-gmbh.de [http:// www.ivd-gmbh.de](http://www.ivd-gmbh.de)



**Einsender:** (inkl. Fax o. E-Mail für Befund)

**Anschrift Tierbesitzer:** (inkl. Fax o. E-Mail für Befund)

<b>Rechnung an:</b>	<b>Befund an:</b>
£ Tierarzt	£ Tierarzt
£ Einsender	£ Einsender
£ Besitzer	£ Besitzer
£ per E-Mail	£ per E-Mail
£ per Fax	£ per Fax

**Vet-ID-Nr.:** \_\_\_\_\_  
(für Salmonellen-Monitoring, nur Qualiproof® von QS)

**VVVO-Nr.** \_\_\_\_\_  
(für Salmonellen-Monitoring, nur Qualiproof® von QS)

**Entnahmedatum:**

**Betriebsart:** **Zucht:**  Sauen  Eber  Vermehrer  Aufzüchter - Jungsauen  Aufzüchter - Jungeber  
**Mast:**  Ferkelerzeuger  Ferkelaufzüchter  Mäster  **geschlossenes System / Bestand**

**Bestandgröße:** Anzahl der  Sauen /  Eber: \_\_\_\_\_ Ferkelaufzuchtplätze: \_\_\_\_\_ Mastschweinplätze: \_\_\_\_\_

**Klinik:**  keine (z.B. Gesundheits-Monitorings etc.)  respiratorisch  enteral  reproduktiv  sonstiges:

**Klinische Symptome / Vorbericht:**

**Tiere behandelt:**  nein  ja Dauer / zuletzt am: \_\_\_\_\_ mit Wirkstoff / Präparat: \_\_\_\_\_  
**Tiere geimpft:** PRRSV  nein  ja letzte Impfung am: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: \_\_\_\_\_  
PCV2  nein  ja letzte Impfung am: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: \_\_\_\_\_  
*M. hyopneumoniae*  nein  ja letzte Impfung am: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: \_\_\_\_\_  
Weitere:  nein  ja letzte Impfung am: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: \_\_\_\_\_

Probe Nr.	Tierbezeichnung	Material *	Geschlecht/ Alter **	Probe Nr.	Tierbezeichnung	Material *	Geschlecht/ Alter **
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

\* Blut (Serum; Plasma); BALF; Organe; Harn, Kot, o.a. \*\* Sau (JS, AS); Eber (E); Ferkel (SF, AF, FD), Mastschwein (VM, MM, EM)

Ort und Datum	Unterschrift des Tierarztes	Unterschrift des Tierbesitzers
		(bei Rechnung an Besitzer notwendig)

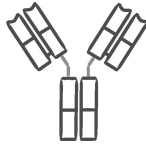
Es gelten unsere AGB, einzusehen unter [http:// www.ivd-gmbh.de](http://www.ivd-gmbh.de)

# Untersuchungsziele Darmerreger



Proben-Nr. \_\_\_\_\_

## Serologische Untersuchungen



- \_\_\_\_\_ £ *Lawsonia intracellularis*
- \_\_\_\_\_ £ Salmonellen
- \_\_\_\_\_ £ **Salmonellen-Monitoring**  
(nur Qualiproof®)
- \_\_\_\_\_ £ *Yersinia enterocolitica*

## Erregernachweise mittels PCR



- \_\_\_\_\_ £ *Brachyspira hyodysenteriae* & *B. pilosicoli*
- \_\_\_\_\_ £ *Campylobacter* sp., *C. coli* und *C. jejuni*
- \_\_\_\_\_ £ *Lawsonia intracellularis*
- \_\_\_\_\_ £ Rotavirus Gruppe A
- \_\_\_\_\_ £ *Salmonella* sp., *S. Typhimurium*, *S. Enteritidis*
- \_\_\_\_\_ £ **PCR-Screening „Enteritis“:**  
*Brachyspira hyodysenteriae* und  
*B. pilosicoli*, *Lawsonia intracellularis*,  
*Salmonella* sp.
- \_\_\_\_\_ £ **Multiplex-PCR „Dysenterie / Ileitis“:**  
*Brachyspira hyodysenteriae* und  
*B. pilosicoli*, *Lawsonia intracellularis*

## Pathologische Untersuchung



\_\_\_\_\_ **Histologische Untersuchung**

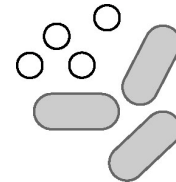
\_\_\_\_\_ **Immunhistologie** *Lawsonia intracellularis*



Proben-Nr. \_\_\_\_\_

## Parasitologische Untersuchungen

- \_\_\_\_\_ £ *Eimeria* spec. Nachweis (Kot)
- \_\_\_\_\_ £ *Isospora suis* Nachweis (Kot)
- \_\_\_\_\_ £ Kryptosporidien Nachweis (Kot)
- \_\_\_\_\_ £ Sarcopites-Milben Nachweis  
(Hautgeschabsel)
- \_\_\_\_\_ £ Untersuchung auf Wurmeier (Kot)



## Kulturelle bakteriologische Untersuchung

\_\_\_\_\_ £ mit Resistenztest pathogener Erreger

\_\_\_\_\_ £ ohne Resistenztest

Ort und Datum	Unterschrift des Tierarztes	Unterschrift des Tierbesitzers
		(bei Rechnung an Besitzer notwendig)

Es gelten unsere AGB, einzusehen unter [http:// www.ivd-gmbh.de](http://www.ivd-gmbh.de)