

# Untersuchungsanforderung Kleintiere



Durch die DAkKS nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditiertes Prüflaboratorium.



An:  
**IVD Gesellschaft für Innovative Veterinär diagnostik mbH**  
 Albert-Einstein-Str. 5 30926 Seelze-Letter



Telefon: 0511-22 00 29-0 Fax: -99  
 E-Mail: service@ivd-gmbh.de <https://www.ivd-gmbh.de>

<b>Tierarzt / Einsender:</b>	<b>Tierbesitzer:</b>	<b>Sonstige:</b>
Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon	Telefon
Fax	Fax	Fax
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:

<b>Befund an:</b>	<b>Rechnung an:</b>
<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Sonstige

**Probenentnahmedatum:**

**Tierart:**   
 Hund   
 Katze   
 Nager \_\_\_\_\_  
 sonstige:

**Klinik:**   
 keine (z.B. Gesundheits-Monitoring etc.)  
 respiratorisch   
 enteral   
 reproduktiv   
 zentralnervös  
 sonstige:

**Klinische Symptome / Vorbericht:**

**Tiere behandelt:**   
 nein   
 ja   
 Dauer / zuletzt am: \_\_\_\_\_   
 mit Wirkstoff / Präparat: \_\_\_\_\_

Proben Nr.	Name oder Kennzeichnung	Material*	Geschlecht (W/M)	Alter (T/M/J)
1				
2				
3				
4				
5				

\*Tupfer, Urin, Kot, Organe, o.a. W: weiblich, M: Männlich, T: Tage, M: Monate, J: Jahre

Ort und Datum	Unterschrift des Tierarztes	Unterschrift des Rechnungsempfängers  (bei Rechnung an Tierbesitzer oder Sonstige notwendig!)
---------------	-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Unser aktuelles Preis- und Leistungsverzeichnis erhalten Sie auf Anforderung. Es gelten unsere AGB, einzusehen unter <https://www.ivd-gmbh.de>  
 Unsere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.ivd-gmbh.de/datenschutz>

## Untersuchungsziele:



### Bakteriologische Untersuchungen:

Kulturelle Untersuchung	allgemein	Proben:
Kulturelle Untersuchung auf	empfohlenes Untersuchungsmaterial:	
Atemwegserkrankungen	Bronchoalveoläre Lavage, Nasentupfer, Lunge, Lungen-/Bronchustupfer	Nr.
Durchfallerkrankungen	Kot, Kottupfer, Rektumtupfer, Dünn-/Dickdarm	Nr.
Hauterkrankungen	tiefes Hautgeschabsel, Haut	Nr.
Gelenkerkrankungen	Gelenkflüssigkeit (Synovia), Gelenktupfer, Gelenkknorpel, -kapsel	Nr.
Meningitis	CSF (Liquor), Hirnhauttupfer	Nr.
Sepsis	Niere, Milz	Nr.
Serositis	Tupfer der serösen Häute	Nr.
Urogenitalerkrankungen	Harn, Abstrich im Genitaltrakt	Nr.
Sonstiges		Nr.
Kulturelle Untersuchung	gemäß TÄHAV	Nr.

### Weitergehende Untersuchung bei relevanten Erregern:

Identifizierung der Isolate mittels PCR oder 16sRNA-Typisierung	<input type="checkbox"/>
MRSA Methicillin resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> mecA-Gen und PBP2-Expression (PCR & Agglutination)	<input type="checkbox"/>
Resistenztest pathogener Erreger - Mikrodilutionsverfahren	<input type="checkbox"/>
Asservierung pathogener Erreger	<input type="checkbox"/>

### Weiterleitung zur Herstellung eines stallspezifischen Impfstoffes / einer Autovakzine

an folgende Einrichtung:

#### Adresse:

Name, Vorname

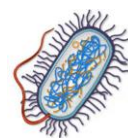
Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail:



### Serologische Untersuchungen (empfohlenes Probenmaterial):

#### Proben:

Leptospiren MAT (Blut, Serum, Plasma)

Nr.

### Nachweise mittels PCR (empfohlenes Probenmaterial):

#### Proben:

*Borrelia burgdorferi sensu lato* (Hautbioptat, Zecke, CSF (Liquor))

Nr.

Chlamydien (Konjunktivaltupfer, Nasentupfer)

Nr.

Chlamydien-Differenzierung

Nr.

Leptospiren (Harn)

Nr.

*Salmonella spec.* (Kot)

Nr.

## Untersuchungsziele:



<b>Parasitologische Untersuchungen (empfohlenes Probenmaterial):</b>	<b>Proben:</b>
<b>Nachweis von Parasitenstadien:</b>	
Helmintheneier (Wurmeier) und Protozoen (Einzeller)-Oozysten (Kot)	Nr.
Kryptosporidien (Kot)	Nr.
<b>Nachweis von Hautparasiten:</b>	
Milben (Sarcoptes (Räude), Demodex (Demodikose), <i>Cheyletiella</i> spp.) (tiefes Hautgeschabsel)	Nr.
Flöhe, Haarlinge, Läuse (Klebefilmabklatsch)	Nr.

<b>Histologische Untersuchungen (empfohlenes Probenmaterial):</b>	<b>Proben:</b>
<b>Histologie</b>	Nr.
<b>Immunhistologie (empfohlenes Probenmaterial):</b>	<b>Proben:</b>
<b>Leptospiren</b> (Niere, Leber, formalinfixiert)	Nr.

Hinweise für geeignete Probenmaterialien zum erfolgreichen Nachweis der verschiedenen Erreger finden Sie auf unserer Internetseite <https://www.ivd-gmbh.de> oder rufen Sie uns an 0511/220029-0.

Auf unserer Internetseite finden Sie auch ein Anforderungsformular für geeignetes Verpackungsmaterial von Proben.