

# Anforderung Parasitologische Untersuchung von Kotproben

**Pferd**



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>

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

<b>Probenentnahmedatum:</b>	
<b>Pferdebestand:</b> <input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Freizeit	
<b>Bestandsgröße:</b> Anzahl der Pferde im Bestand gesamt:	<b>Anzahl der Fohlen:</b>
<b>Klinische Symptome:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Husten    sonstige:	
<b>Datum der letzten Entwurmung:</b>	<b>Verwendetes Präparat / Wirkstoff:</b>
<b>Kontrolluntersuchung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum der letzten Untersuchung:	

Proben Nr.	Name oder Kennzeichnung	Kot *	Geschlecht S/W/H	Alter T/M/J	Proben Nr.	Name oder Kennzeichnung	Kot *	Geschlecht S/W/H	Alter T/M/J
1					6				
2					7				
3					8				
4					9				
5					10				

\* **EK:** Einzelkotprobe; **ISK:** Sammelkotprobe eines Pferdes, **SK:** Sammelkotprobe von bis zu 5 Pferden einer Gruppe (mit Klammer markieren); **min. je 10 g;**    S: Stute, W: Wallach, H: Hengst    T: Tage, M: Monate, J: Jahre

- Kombiniertes Sedimentations- und Flotationsverfahren** zum allgemeinen qualitativen Nachweis von Wurmeiern und encystierten Protozoen
- Auswander-Verfahren** nach Baermann-Wetzel zum Nachweis von Larven
- Sedimentation** zum Nachweis von Leberegeleiern
- Spezialfärbung** zum Nachweis von Kryptosporidien
  
- Modifiziertes McMaster-Verfahren** zur Bestimmung der Eizahl bzw. Oozystenanzahl pro Gramm Kot

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

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>