

Untersuchungs- anforderung

Dermatophyten

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



An:
**IVD Gesellschaft für
Innovative Veterinärdiagnostik 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: bitte vollständige Angaben!	Tierbesitzer: bitte vollständige Angaben!	Befund an: ☐ Tierarzt ☐ Tierbesitzer
Name, Vorname	Name, Vorname	Rechnung an: ☐ Tierarzt ☐ Tierbesitzer
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	PLZ, Ort	
Telefon	Telefon	
Fax	Fax	
E-Mail (bevorzugt):	E-Mail (bevorzugt):	

Tierart:		Rasse:	
Bestandsgröße:	Anzahl Tiere:		
Klinik/Symptome: ☐ Hautveränderungen ☐ sonstige:			
Tiere behandelt:	☐ nein ☐ ja	Dauer / zuletzt am:	mit Wirkstoff / Präparat:
Tiere geimpft gegen:	☐ nein ☐ ja	letzte Impfung am:	mit Impfstoff:

Probenentnahmedatum:							
Proben Nr.	Tierbezeichnung oder Barcode-Etikett	Material *	Geschlecht/ Alter	Proben Nr.	Tierbezeichnung oder Barcode-Etikett	Material *	Geschlecht/ Alter
1				4			
2				5			
3				6			

* Geeignetes Probenmaterial: **Haut, Hautpuffer (mit Medium)**

Nr. _____ (einzeln)	☐	Kulturelle bakteriologische Untersuchung
Nr. _____ (einzeln)	☐	Kulturelle mykologische Untersuchung auf Hautpilze (Dermatophyten)
Nr. _____ (einzeln)	☐	Differenzierung der Hautpilze mittels ITS-Sequenzierung

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>