

Untersuchungs- anforderung Kleintiere



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:		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:

Befund an: ☐ Tierarzt ☐ Tierbesitzer ☐ Sonstige	Rechnung an: ☐ Tierarzt ☐ Tierbesitzer ☐ Sonstige
--	--

Probenentnahmedatum:				
Tierart: ☐ Hund ☐ Katze ☐ Nager ☐ sonstige:				
Klinik: ☐ keine (z.B. Gesundheits-Monitoring etc.) ☐ respiratorisch ☐ enteral ☐ reproduktiv ☐ zentralnervös ☐ sonstige:				
Klinische Symptome / Vorbericht:				
Tiere behandelt:		Dauer / zuletzt am:		mit Wirkstoff / Präparat:
☐ nein ☐ ja				
Tiere geimpft:		letzte Impfung am:		mit Impfstoff:
☐ nein ☐ ja				
Leptospirose:		letzte Impfung am:		mit Impfstoff:
☐ nein ☐ ja				

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

*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:

Serologische Untersuchungen (Antikörper-Nachweis)



Nr. _____ ☐ **Leptospiren** MAT
Blut, Serum, Plasma

Bakteriologische Untersuchungen



Kulturelle Untersuchung:

Nr. _____ ☐ **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. _____ ☐ **Kulturelle Untersuchung**
gemäß TÄHAV

Nr. _____ ☐ **Sonstiges:**

Weitergehende Untersuchungen bei relevanten Erregern

Nr. _____ ☐ **Identifizierung der Isolate** mittels PCR
oder 16sRNA Typisierung

Nr. _____ ☐ **MRSA Methicillin resistenter
*Staphylococcus aureus***
mecA-Gen und PBP2-Expression
(PCR & Agglutination)

Nr. _____ ☐ **Resistenztest pathogener Erreger**
Mikrodilutionsverfahren

Nr. _____ ☐ **Asservierung pathogener Erreger**

Wichtiger Hinweis:

Für **alle** serologischen Untersuchungen ist **Blutserum/Vollblut ohne gerinnungshemmende Zusätze** das am besten geeignete Material. In bestimmten Fällen sind auch Antikörpernachweise in anderen Körperflüssigkeiten (insbesondere Speichelpollen) möglich. Bitte fragen Sie bei uns nach (0511/220029-0). Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite <https://www.ivd-gmbh.de>

Nachweise mittels PCR

Nr. _____ ☐ ***Borrelia burgdorferi sensu lato***
Hautbiopsat, Zecke, CSF (Liquor)

Nr. _____ ☐ **Chlamydien**
Konjunktivaltupfer, Nasentupfer

Nr. _____ ☐ **Leptospiren**
Harn

Nr. _____ ☐ ***Salmonella spec.***
Kot

Wichtiger Hinweis:

Für alle molekularbiologischen Untersuchungen (PCR) sind bei Tupfern **Trockentupfer ohne Medium** das am besten geeignete Material.

Bitte angeben, wenn Untersuchungen von Proben-Pools (bis zu 5 Einzelproben) gewünscht!

z.B. Pool 1-4, Pool 6-10 oder Pool 1+2+11+12+13 etc.

Bitte geben Sie unbedingt an, wenn es sich bereits um gepoolte Proben handelt!

Parasitologische Untersuchungen



Nachweis von Parasitenstadien im Kot:

Nr. _____ ☐ **Helmintheneier (Wurmeier), Protozoen (Einzeller)-Oozysten und -Cysten inkl. Kokzidien**

Nr. _____ ☐ **Kryptosporidien**

Nachweis von Hautparasiten:

Nr. _____ ☐ **Milben** (*Sarcoptes* (Räude), **Demodex** (Demodikose), *Cheyletiella* spp.)
(tiefes Hautgeschabsel)

Nr. _____ ☐ **Flöhe, Haarlinge, Läuse**
Klebefilmabklatsch

Histologische Untersuchung

Nr. _____ ☐ **Histologie**

Immunhistologie

Nr. _____ ☐ **Leptospiren**
Niere, Leber, formalinfixiert

Kommentar/Sonstiges:

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.