



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

Probenentnahmedatum:				
Klinik: <input type="checkbox"/> keine (z.B. Gesundheits-Monitoring etc.) <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> reproduktiv <input type="checkbox"/> zentralnervös <input type="checkbox"/> sonstige:				
Klinische Symptome / Vorbericht:				
Tiere behandelt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dauer / zuletzt am:	mit Wirkstoff / Präparat:	
Tiere geimpft:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	letzte Impfung am:	mit Impfstoff:	
Leptospirose:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	letzte Impfung am:	mit Impfstoff:	
Proben Nr.	Name oder Kennzeichnung	Material*	Geschlecht (W/M)	Alter (T/M/J)
1				

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

Untersuchungsziele

Serologische Untersuchung (empfohlenes Probenmaterial):	Probe:	Nachweis mittels PCR (empfohlenes Probenmaterial):	Probe:
Leptospiren MAT (Blut, Serum, Plasma)	Nr. _____	Leptospiren (Harn)	Nr. _____

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>