

Einsendeformular Probenmaterial Geflügel

BITTE VERWENDEN SIE FÜR JEDE EINGESENDERTE PROBE EINEN NEUEN VORDRUCK!

Einsender

Rechnungsempfänger

wie Einsender

Stall:

ggf Standort:

Befund an: Einsender Rechnungsempfänger Sonstige:

Probennahme am:

Untersuchungsmaterial:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ___ Legehenne | <input type="checkbox"/> ___ Socken | <input type="checkbox"/> ___ Futterprobe |
| <input type="checkbox"/> ___ Junghenne | <input type="checkbox"/> ___ Windeln | <input type="checkbox"/> ___ Wasserprobe |
| <input type="checkbox"/> ___ Junghahn | <input type="checkbox"/> ___ Tupfer | <input type="checkbox"/> ___ Blut/ Serum |
| <input type="checkbox"/> ___ Elterntier- Küken | <input type="checkbox"/> ___ Kotprobe | <input type="checkbox"/> ___ Eier: Konsum- / Bruteier |
| <input type="checkbox"/> ___ Masthähnchen | <input type="checkbox"/> ___ Tier | <input type="checkbox"/> ___ Organ |
| <input type="checkbox"/> ___ Puten | <input type="checkbox"/> ___ Abklatsch von _____ | |
| <input type="checkbox"/> ___ Enten | <input type="checkbox"/> ___ Steckenbleiber | |
| <input type="checkbox"/> ___ Gänse | <input type="checkbox"/> ___ Elterntiere: <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Pute | <input type="checkbox"/> ___ Sonstiges: |

Vorbericht: **Schlupfdatum/ Alter:**

Sektion: JA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Feststellung der Todesursache/ Verlustursache | <input type="checkbox"/> Feststellung der Krankheitsursache |
| <input type="checkbox"/> Feststellung des Leistungsrückganges | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Bakteriologische Untersuchung: Allgemeine BU

Parasitologische Untersuchung: Allgemeine PU
 Endoparasiten (Kokzidien, Würmer etc) Ektoparasiten (Milben etc.)

Serologische Untersuchung:

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HAH: | <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> EDS | <input type="checkbox"/> IBM41 | <input type="checkbox"/> IBD274 |
| <input type="checkbox"/> SSA: | <input type="checkbox"/> SP | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> MG | <input type="checkbox"/> SE |
| <input type="checkbox"/> ELISA | <input type="checkbox"/> AE | <input type="checkbox"/> IBD | <input type="checkbox"/> IBV | <input type="checkbox"/> CAV |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="checkbox"/> TRT | <input type="checkbox"/> MG | <input type="checkbox"/> MM | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SE | <input type="checkbox"/> AI | <input type="checkbox"/> ORT | |

PCR Untersuchung:

- AI Salmonella spp. MG MS

Abklatsch-/ Hygieneuntersuchung:

- Brüterei kontrolle KAT KB Volierenstall KB Bodenstall
 Sonstige: