



Untersuchungsauftrag - Mastitis

Debitor (Tierhalter): Betrieb: Straße: PLZ / Ort: Tel/Fax/Email: USt-Ident-Nr (Kunden außerhalb BRD):	Debitor (Tierarzt): Betrieb: Straße: PLZ / Ort: Tel/Fax/Email: Datum Probenahme:
---	---

Anzahl Proben:
Stativnummer:

Bitte nachstehenden Vorbericht ausfüllen und vorbehandelte Proben kennzeichnen.

Leistungsphase	Untersuchungsgrund	Untersuchungsauftrag	
		klassische/ kulturelle Analyse	PCR
<input type="radio"/> Trockensteller <input type="radio"/> Frischmelker <input type="radio"/> Laktierer	<input type="radio"/> Zellzahlerhöhung <input type="radio"/> subklinische Mastitis <input type="radio"/> klinische Mastitis <input type="radio"/> Therapiekontrolle	<input type="radio"/> Erregerbestimmung und Differenzierung <input type="radio"/> Zellzahlbestimmung <input type="radio"/> Resistogramm	<input type="radio"/> C16 PCR- Analyse (inklusive Mykoplasmen)

Nr.	Kennzeichnung	vorb.	Nr.	Kennzeichnung	vorb.	Nr.	Kennzeichnung	vorb.
1			21			41		
2			22			42		
3			23			43		
4			24			44		
5			25			45		
6			26			46		
7			27			47		
8			28			48		
9			29			49		
10			30			50		
11			31			51		
12			32			52		
13			33			53		
14			34			54		
15			35			55		
16			36			56		
17			37			57		
18			38			58		
19			39			59		
20			40			60		

Unterschrift des Einsenders:.....

Hinweise zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter: <https://www.lkvsachsen.de/footer/navi/datenschutzerklaerung/>

Es gelten die AGBs in der aktuell gültigen Fassung.