

Eingangsdatum:	-----
Eingangsnummer:	-----
Labornummer:	-----

Probenzahl	Entnahmedatum	Untersuchungsauftrag Diagnostische Untersuchungen
Tierhalter/Einsender		Tierarzt
Name, Vorname / Betrieb:		Name, Adresse:
Telefon-Nr.:		Telefon-Nr.:
Straße, Nr.:		Straße, Nr.:
PLZ Ort:		PLZ Ort:
Betriebs-Registriernummer nach VVVO		Tierarzt- Schlüsselnummer nach VVVO
1	4	1 4

Angaben zum Tier	Probenart	
Tierart:	<input type="checkbox"/> Tierkörper	<input type="checkbox"/> Organ/Gewebe – welche:
Alter/Altersgruppe:	<input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer	<input type="checkbox"/> Harn
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Tupfer – Entnahmeort:	
Nutzungsart:	<input type="checkbox"/> Sekret – Entnahmeort:	
Tierkennzeichnung (LOM, Chip, Name):	<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel	<input type="checkbox"/> Haare <input type="checkbox"/> Federn
	<input type="checkbox"/> Futtermittel	<input type="checkbox"/> Tränkwasser
(bei mehreren Proben Vordruck Probenliste nutzen)	<input type="checkbox"/> Sonstige – Bezeichnung:	

Untersuchungsgrund	Untersuchungsanforderung	Verrechnung an:
<input type="checkbox"/> Abklärung/Klinik	<input type="checkbox"/> Krankheits-/Todesursache (Sektion)	<input type="checkbox"/> Histologie
<input type="checkbox"/> Nachunters.	<input type="checkbox"/> allg. bakteriologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> Resistogramm
<input type="checkbox"/> Bestandsunters.	<input type="checkbox"/> virologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> Salmonellen
<input type="checkbox"/> Quarantäne	<input type="checkbox"/> Abort/Deckinfektionserreger	<input type="checkbox"/> Paratuberkulose
<input type="checkbox"/> Handel	<input type="checkbox"/> Hefen/Schimmelpilze/Dermatophyten	<input type="checkbox"/> Parasiten
<input type="checkbox"/> Programm der TSK	<input type="checkbox"/> weitere Angaben zur Diagnostik: (PCR, auf welche Krankheitserreger, etc.)	
<input type="checkbox"/> amtl. angeord. Unters.		
<input type="checkbox"/>		

Vorbericht/Bemerkungen:

Einzelerkrankung Bestandserkrankung verendet am: getötet am:

1. Krankheitsdauer/-verlauf (mit Anzahl erkrankter/gestorbener Tiere):

2. Vorbehandlung Impfprophylaxe Antibiotika Sonstiges
(Präparat/Dauer der Anwendung/letzte Anwendung)

3. vorliegende Befunde/Verdachtsdiagnose/Sonstiges:

Einwilligung in die Datenübermittlung an die Sächsische Tierseuchenkasse (TSK). Für die Durchführung der Tiergesundheitsprogramme nach § 27 Abs. 4 i.V.m. § 32 Abs. 3 SächsAGTierGesG werden die im Untersuchungsantrag erhobenen Daten und die Untersuchungsergebnisse an die TSK übermittelt. Für Untersuchungen, die der Tierhalter selbst in Auftrag gibt und vergütet, ist eine Einwilligung zur Übermittlung an die TSK erforderlich. Die Einwilligung kann verweigert werden oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, sofern dem Widerruf keine Rechtsgründe entgegenstehen. In diesen Fällen wird von einer Übermittlung an die TSK abgesehen.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Untersuchungsantrag erhobenen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse vollständig an die TSK übermittelt werden.

Unterschrift Einsender

Probenliste

Tierhalter	Entnahmedatum	Seite	von

Nr.	Tierkennzeichnung (LOM, Chip, Name)		Nr.	Tierkennzeichnung (LOM, Chip, Name)	
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		