

Bitte hier den Auftrags-
barcode einkleben

Bitte das Auftragsformular, das Laborjournal
und die Proben mit den entsprechenden
Etiketten identifizieren.

bitte in Druckbuchstaben

Tierhalter: _____
Adresse nur bei
Rechnungstellung an
StraÙe: _____
Tierhalter erforderlich

PLZ/Ort: _____

Unterschrift des Tierhalters (wenn Rechnungsempfänger)

Tierart	Geschlecht	Befund
<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> per Fax
<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> DFÜ ist voreingestellt
<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> kastr.	
<input type="checkbox"/> Rind	Rasse:	Rechnung
<input type="checkbox"/> Schaf		<input type="checkbox"/> an Praxis
<input type="checkbox"/> Ziege	Name:	<input type="checkbox"/> an Tierhalter
<input type="checkbox"/> Schwein		Abnahmedatum:
<input type="checkbox"/> Kaninchen	Patienten-ID	_____
<input type="checkbox"/> Meerschw.	_____	Abnahmezeit:
<input type="checkbox"/> Frettchen	Geburtsdatum:	_____
<input type="checkbox"/> Vogel **	_____	
<input type="checkbox"/> Reptil		
<input type="checkbox"/> Fisch		
<input type="checkbox"/> Sonst. Tierart **		

Material	<input type="checkbox"/> Spontanurin
<input type="checkbox"/> Urin (U)	<input type="checkbox"/> Katheterurin
<input type="checkbox"/> Kot (K)	<input type="checkbox"/> Punktionsurin
<input type="checkbox"/> Parasit	
<input type="checkbox"/> Synovia (Sy)	<input type="checkbox"/> Abstrich ** (Ab)
<input type="checkbox"/> Liquor (Li)	<input type="checkbox"/> Ausstrich (Au)
<input type="checkbox"/> Blutkultur	<input type="checkbox"/> Punktat (Pu)
<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Sekret
<input type="checkbox"/> Biopsie (Bi)	<input type="checkbox"/> Sonstiges **
<input type="checkbox"/> Kulturplatte	
<input type="checkbox"/> Serum	
<input type="checkbox"/> Haare (H)	
<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel (G)	

Weitere Untersuchungen / Bemerkungen:

Bitte unbedingt
genaue
Abnahmestelle
angeben!

Bitte für jedes Probenmaterial ein separates
Auftragsformular und eine separate
Auftragsnummer benutzen.

Mikrobiologische Untersuchungen außer Kot
(Kotuntersuchungen siehe Rückseite)

Bakteriologie	Mat.	Abnahmestellen
Bei mehreren Tupferproben: Proben gemeinsam anlegen <input type="checkbox"/> Für eine getrennte Anlage bitte 2. Formular ausfüllen		Haut, Hautanhangsorgane <input type="checkbox"/> Hautoberfläche / Hautfalte <input type="checkbox"/> Pustelinhalt <input type="checkbox"/> Äußerliche Wunde <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Abszess / Fistel <input type="checkbox"/> Analbeutel <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> Äußerer Gehörgang <input type="checkbox"/> Paukenhöhle <input type="checkbox"/> Schnabel- / Krallen- / Huf- / Klauenhorn
<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung (Aerobier) (pathogene Keime) inkl. Antibiogramm Ab, U, Pu <input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung (Anaerobier) Ab, Pu Kein Antibiogramm gewünscht <input type="checkbox"/> Nokardien inkl. Antibiogramm Ab, Pu <input type="checkbox"/> Dermatophilus congolensis inkl. Antibiogramm G <input type="checkbox"/> Blutkultur inkl. Antibiogramm Blutkulturflasche <input type="checkbox"/> MRSA/MRSP (Methicillin-resistenter Staph. aureus / Staph. pseudintermedius) inkl. Antibiogramm Ab* <input type="checkbox"/> VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken) Ab* <input type="checkbox"/> MRGN Screening Ab*		Respirationstrakt / Maulhöhle <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhle <input type="checkbox"/> Maulhöhle <input type="checkbox"/> Rachen / Kropf <input type="checkbox"/> Tonsillen <input type="checkbox"/> Trachea / Bronchien <input type="checkbox"/> Bronchiallavage
Mykologie <input type="checkbox"/> Dermatophyten (Kultur) H, G <input type="checkbox"/> Dermatophyten-PCR H, G <input type="checkbox"/> Sprosspilze (Hefen) Ab <input type="checkbox"/> Malassezieren Ab <input type="checkbox"/> Aspergillen (Kultur) Ab <input type="checkbox"/> Megabakterien (Macrorhabdus ornotogaster) Au* <input type="checkbox"/> Prototheca spp U		Auge <input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Kornea
Parasitologie <input type="checkbox"/> Ektoparasiten H, G <input type="checkbox"/> Parasitenbestimmung (Species) Parasit (kein Kot!)		Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Klitoris <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Uterus <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Präputium <input type="checkbox"/> Fossa glandis
Verschiedenes <input type="checkbox"/> Cryptococcus neoformans S, Li		Sonstige Herkunft <input type="checkbox"/> Kloake/Rektum <input type="checkbox"/> Brusthöhle <input type="checkbox"/> Bauchhöhle <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Galle
Zuchthygiene Pferd (Stute + Hengst) <input type="checkbox"/> Zuchthygienische Untersuchung 1 (Bakteriologische Untersuchung inkl. Keimdifferenzierung und Antibiogramm) Ab* <input type="checkbox"/> Zuchthygienische Untersuchung 2 (Bakteriologische Untersuchung inkl. Keimdifferenzierung und Antibiogramm + Sprosspilze) Ab*		

* = Materialien siehe Leistungsverzeichnis, ** = bitte unter Bemerkungen näher spezifizieren



