

Varia-Untersuchungen

Bitte Felder schwarz markieren: richtig falsch

Eingang	Tierhalter/TVD/Betrieb		Auftraggeber	
	<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	
Bemerkungen	Tier/TVD-Nummer/Name		Unterschrift:	
	Alter: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> kastriert Entn.datum: <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Tierart	Untersuchungsgrund	Kostenträger	Berichterstattung
	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Wildschw <input type="checkbox"/> Schaf <input type="checkbox"/> Ziege <input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seuchenverdacht <input type="checkbox"/> Abortuntersuchung <input type="checkbox"/> Amtliche Stichprobe <input type="checkbox"/> Bestandesüberwachung <input type="checkbox"/> Sektion <input type="checkbox"/> Tierverkehr <input type="checkbox"/> Ausstellungs Ort: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Fleischschau/Hygiene <input type="checkbox"/> Abklärung Krankheitsursache	<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> SGD <input type="checkbox"/> Tierhalter <input type="checkbox"/> Kanton <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> ZG <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> ZH <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> LU <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> SH <input type="checkbox"/> Urkt. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Kopie an: <input type="text"/> <input type="text"/>
	Proben-Material			
	<input type="checkbox"/> Vollblut <input type="checkbox"/> Nachgeburt <input type="checkbox"/> Kot <input type="checkbox"/> Lunge(n) <input type="checkbox"/> Tierkörper <input type="checkbox"/> Futtermittel <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Foet <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Organe <input type="checkbox"/> Tupfer <input type="checkbox"/> Lebensmittel <input type="checkbox"/> Zwerchfell <input type="checkbox"/> anderes: <input type="text"/> Lokalisation: <input type="text"/>			
	Bakteriologie			Parasitologie
	<input type="checkbox"/> Allgemeine Bakteriologie <input type="checkbox"/> Listerien Lungen <input type="checkbox"/> Antibiogramm <input type="checkbox"/> M.paratuberculosis			<input type="checkbox"/> Ektoparasiten <input type="checkbox"/> Kokzidien
	<input type="checkbox"/> β-Streptokokken <input type="checkbox"/> Mykobakterien <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Nocardien <input type="checkbox"/> EP PCR <input type="checkbox"/> CEM (T. equigenitalis) <input type="checkbox"/> Pathogene E. coli <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> P.multocida RA Toxin A <input type="checkbox"/> C. pseudotuberculosis <input type="checkbox"/> Rauschbrand <input type="checkbox"/> Haemophilus parasuis <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Leptospiren PCR <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Kryptosporidien <input type="checkbox"/> Giardia <input type="checkbox"/> Leberegel <input type="checkbox"/> Lungenwürmer <input type="checkbox"/> Magen-/Darmnematoden <input type="checkbox"/> Trichinella <input type="checkbox"/>
	Mykologie	Virologie	Pathologie	
<input type="checkbox"/> Dermatophyten <input type="checkbox"/> Hefen <input type="checkbox"/> Schimmelpilze <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bovine Virusdiarrhoe <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Coronaviren <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Influenzaviren <input type="checkbox"/> Parvoviren	<input type="checkbox"/> Sektion <input type="checkbox"/> Organbeurteilung <input type="checkbox"/> inkl. Histologie <input type="checkbox"/>		
Abortabklärung				
Tagesnummer (für Labor reserviert)	Nachgeburt	Blut	Foet	
	<input type="checkbox"/> Brucellen <input type="checkbox"/> Coxiellen <input type="checkbox"/> A. pyogenes <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Brucella abortus BANG <input type="checkbox"/> Coxiellen <input type="checkbox"/> IBR/IPV <input type="checkbox"/> Leptospiren <input type="checkbox"/> Neospora	<input type="checkbox"/> BVD PCR <input type="checkbox"/> Neospora PCR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Lebensmittel			
	Auf Anfrage (spezifisch je nach Produkt) <input type="checkbox"/> Mikrobiologie <input type="checkbox"/> Chemische Untersuchung <input type="checkbox"/>			
VET11	Bakteriologische Fleischschau		Hemmstoffe	
	<input type="checkbox"/> Bakteriologische Fleischschau <input type="checkbox"/> Zusätzliche Organe und Abklärungen <input type="text"/> Vorbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Hemmstofftest (EG 4-PI) <input type="checkbox"/> Muskel <input type="checkbox"/> Niere	