



Mölkauer Straße 88  
04288 Leipzig

Telefon: 03 42 97/ 8 66 82  
Telefax: 03 42 97/ 8 68 31  
biocheck-leipzig@t-online.de  
www.biocheck-leipzig.de

### Untersuchungsauftrag - BVD/ MD\*-

\*im Rahmen der BVD/ MD-Bekämpfung ab 01.01.2011

**Einstellung der Ergebnisse in die HI-Tier Datenbank:**  ja  nein

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Probenanzahl	Material	Methode	Alter des Tieres
<input type="checkbox"/>	Ohrstanzprobe	AG-ELISA	keine Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Ohrstanzprobe	RT-PCR	keine Einschränkung (Bildung von Poolproben möglich)
<input type="checkbox"/>	Blut (Serum/ Plasma)	AG-ELISA	> 30. Lebensstag ohne Einschränkungen in Einzeltieruntersuchungen
<input type="checkbox"/>	Blut (Serum/ Plasma)	RT-PCR	0.-7. und > 40. Lebensstag ohne Einschränkungen, Bildung von Poolproben 8.-40. Lebensstag (diagnostische Lücke), Einzeltieruntersuchungen

Probe	Ohrmarke	Barcode	Geburtsdatum	Entnahmedatum	Tierhalter	Betriebsnummer	Zucht-/ Masttier
1							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
2							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
3							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
4							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
5							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
6							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
7							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
8							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
9							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M
10							<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> M

Der Einsender trägt die Verantwortung für die Richtigkeit aller Angaben der eingesandten Proben. Es werden keine Gewährleistungspflichten übernommen. Soweit gesetzlich zulässig, sind Schadenersatzverpflichtungen auf den Wert der Rechnung der Untersuchung beschränkt.

Einsender (Stempel)

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Besitzer (Stempel)

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Rechnung:**  Tierarzt  Tierhalter

**Befund:**  Tierarzt  Tierhalter

Post  Fax: .....

E-Mail: .....

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG