



Untersuchungsantrag: Kot / Tupfer / Gewebe / Sonstiges

Blatt: von

Bitte Ausfüllhinweise beachten.

Balis-Nr. (Betrieb) 276 09

TSK-Nr. (Betrieb)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Name des Besitzers

Straße

PLZ Wohnort

Ort

zuständiges Veterinäramt

Vorbericht (ggf. Rückseite verwenden):

Einsendender Tierarzt: Stempel oder Anschrift in Druckschrift

Tierart: Rind Schwein

Sonstiges: _____

Probenanzahl:

Entnahmedatum: _____

Untersuchungsgrund:

- Krankheitsverdacht
- Seuchenermittlung (Anordnung Veterinäramt)
- Markt / Export / Zukauf^R
- Monitoring Sonstiges: _____

Probenmaterial:

- Nasentupfer
- Ohrtupfer
- Präputialspülprobe
- Cervixtupfer
- Wundtupfer
- Sonstiges: _____
- Kotprobe
- Trachealtupfer/BAL
- Augentupfer
- Vaginaltupfer
- Gelenktupfer
- Milchprobe

Virologische Untersuchung

- Rind:** BHV-1^T BRSV^D
 PIV-3^D BKFV^D
 Rota- und Coronaviren^D
- Schwein:** PRRSV^T Influenza A-V^D
 PCV2^D TGEV/PEDV^T
- Pferd:** EHV-1/4^T Influenza A-V^T
- Geflügel:** AIV^{T/R} NDV^{T/R}
- Fisch:** VHSV IHNV KHV

Sonstiges: _____

Bakteriologische Untersuchung

- Antibiogramm^D Brachyspiren^D
- Anaerobier^D Lawsonien^D
- Salmonellen^T Campylobacter^{T/R}
- Paratuberkulose^T Coxiella burnetii^T
- Mykoplasmen^D Brucellen^T

Sonstiges: _____

Stammasservierung zur Herstellung eines bestandsspezifischen Impfstoffes

Mykologische Untersuchung^D

Parasitologische Untersuchung^D

Tritrichomonas^{T/R} Sonstiges: _____

Nr.	Kennzeichnung / Ohrmarken-Nr. (ggf. DE 09 überschreiben)	Alter
_1	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_2	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_3	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_4	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_5	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_6	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_7	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_8	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_9	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_0	DE 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

T OIE-gelistete Krankheiten sowie in Anhang I oder II Verordnung (EU) Nr. 652/2014 aufgeführte Krankheiten: Bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen ist die direkte Kostenübernahme durch die Bayerische Tierseuchenkasse (BTSK) möglich.

D Rechnung: Besitzer kann bei der BTSK Kostenerstattung als De-minimis-Beihilfe beantragen.

R Rechnung: Keine Kostenerstattung möglich.

X

Unterschrift des einsendenden Tierarztes

Ich bestätige hiermit, die Untersuchungskosten zu tragen, sofern die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die BTSK oder den Freistaat Bayern nicht gegeben sind (gilt nicht für Einsendungen von Veterinärämtern).