

Angaben zu den Proben / Untersuchungswunsch

Eingereichte Futterproben (z. B. Einzelfuttermittel, Ergänzungsfuttermittel, Alleinfuttermittel):

Deklaration beiliegend: ja nein

Sonstige Proben (z. B. Wasser, Blut, Gewebe, Mageninhalt)

Für jede Einsendung wird eine pauschale Bearbeitungsgebühr i. H. v. 7,00 € gemäß Leistungsverzeichnis des Instituts für Tierernährung berechnet.

Alle genannten Preise sind Netto-Preise gemäß Leistungsverzeichnis des Instituts für Tierernährung, und werden zzgl. USt berechnet.

Ihre gewünschten zu untersuchenden Einzelparameter aus unserem Leistungsverzeichnis:

Sensorische Prüfung, insbesondere	<input type="checkbox"/> Verunreinigungen/Vorratsschädlinge <input type="checkbox"/> Identifikation von (Gift-) Pflanzen inkl. absch. Beurteilung	Fettkennzahlen	<input type="checkbox"/> Säurezahl <input type="checkbox"/> Jodzahl <input type="checkbox"/> Peroxidzahl
Weender Analyse (nasschemisch)	<input type="checkbox"/> Alle Rohnährstoffe <input type="checkbox"/> Trockensubstanz <input type="checkbox"/> Rohasche <input type="checkbox"/> Rohprotein <input type="checkbox"/> Rohfett <input type="checkbox"/> Rohfaser	Mengenelemente	<input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Phosphor <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Chlorid
Sonstige Nähr-/Inhaltsstoffe	<input type="checkbox"/> Stärke <input type="checkbox"/> Zucker <input type="checkbox"/> Reineiweiß <input type="checkbox"/> Aminosäuren (AS) <input type="checkbox"/> alle AS (außer Tryptophan) <input type="checkbox"/> nur: _____ <input type="checkbox"/> HCl-unlösliche Asche <input type="checkbox"/> Vitamin A <input type="checkbox"/> Vitamin E <input type="checkbox"/> Schwermetalle; welche(s): _____	Spurenelemente	<input type="checkbox"/> Eisen <input type="checkbox"/> Kupfer <input type="checkbox"/> Zink <input type="checkbox"/> Selen <input type="checkbox"/> Mangan <input type="checkbox"/> Jod
Energiegehalt	<input type="checkbox"/> MJ ME / kg	Physikalische/chemische Untersuchungen	<input type="checkbox"/> pH-Wert <input type="checkbox"/> Quellvermögen
Mykotoxine	<input type="checkbox"/> Zearalenon (HPLC) <input type="checkbox"/> DON (HPLC) <input type="checkbox"/> T2 (HPLC) <input type="checkbox"/> Ergotamin, qualitativ (HPLC) <input type="checkbox"/> Aflatoxin (DC) <input type="checkbox"/> Ochratoxin (HPLC)	Kontrolle des Hygienestatus	<input type="checkbox"/> Aerobe Bakterien <input type="checkbox"/> Schimmelpilze/Hefen <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> Weitere Keime

1.) Für die Behandlung gelten die *Ordnung über die Entgelte der Kliniken und nichtklinischen Einrichtungen und Institute* nebst *Leistungsverzeichnis des Instituts für Tierernährung* sowie die *Bedingungen für die Behandlung von Tieren in den Kliniken* sowie für die *Diagnostik in den nichtklinischen Einrichtungen und den Instituten der Tierärztlichen Hochschule Hannover*. Diese Regelungen werden ausdrücklich zum Vertragsbestandteil erklärt. Die Vertragspartei erklärt sich mit der Geltung einverstanden.

2.) Bitte informieren Sie sich über die Ordnung über die Entgelte und die Behandlungsbedingungen, die in der Anmeldung des Instituts für Tierernährung ausliegen und auch auf Anforderung oder unter <https://www.tiho-hannover.de/universitaet/veroeffentlichungen/> Hochschuleinrichtungen und Organisationseinheiten eingesehen werden können.

3) Ergebnisse werden in vereinfachter Weise ohne Angaben zu Messunsicherheiten berichtet. Das angewandte Verfahren wird nur auf Nachfrage mitgeteilt.

Soweit der Rechnungsempfänger vom einsendenden Tierarzt und Tierbesitzer abweicht, gilt die Zustimmung des Besitzers zur Weiterleitung der Ergebnisse auch an den Rechnungsempfänger als erteilt.

4.) Hiermit bevollmächtigt die Vertragspartei die Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover, im Rahmen der Behandlung und Diagnostik erforderliche Leistungen an Dritte (z. B. Labore) abzugeben. Die Vertragspartei ist damit einverstanden, dass solche Leistungen ihr direkt durch den jeweiligen Dritten in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum _____

(Unterschrift Tierbesitzer / TA)

(Unterschrift Vertreter der Einrichtung)