

## Untersuchungsauftrag zur Sektion (SCHWEIN)

**Institut für Pathologie**  
**Tierärztliche Hochschule Hannover**  
**Abteilung Diagnostik**  
**Direktor:**  
**Prof. Dr. W. Baumgärtner, Ph.D.**  
**Bünteweg 17**  
**D-30559 Hannover**



Tel.: Sekretariat (0511) 953-8621  
 Tel.: Befundauskünfte (0511) 953-8622  
 Fax.: (0511) 953-8675  
 Sprechzeiten: Täglich 14.30 – 16.30 Uhr

**Tierarzt/in (Praxis- / Klinikstempel):**

**Tel. :**  
**Fax.:**  
**Email:**

**S**...../.....

Eingangsdatum:.....

**Tierbesitzer/in:**

|                |            |
|----------------|------------|
|                |            |
| Name           | Vorname    |
|                |            |
| Strasse        | Hausnummer |
|                |            |
| PLZ            | Wohnort    |
|                |            |
| <b>Telefon</b> |            |
|                |            |
| <b>Email</b>   |            |
|                |            |

Befund an:  Tierarzt/in / Klinik  Tierbesitzer/in (bitte ankreuzen)  
 Rechnung an:  Tierarzt/in / Klinik  Tierbesitzer/in (bitte ankreuzen)  
 Tierart: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Betriebsnummer: \_\_\_\_\_  
 Betriebstyp: \_\_\_\_\_ Bestandsgröße: \_\_\_\_\_ % erkrankte Tiere? \_\_\_\_\_ % verendete Tiere? \_\_\_\_\_

**Vorbericht/Symptome**

Seit wann/Dauer der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Verendet am: \_\_\_\_\_  Getötet am: \_\_\_\_\_

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Husten             | <input type="checkbox"/> Keine Symptome        | <input type="checkbox"/> Aufblähen                   |
| <input type="checkbox"/> Durchfall          | <input type="checkbox"/> Plötzliches Verenden  | <input type="checkbox"/> Umrauschen                  |
| <input type="checkbox"/> Fieber             | <input type="checkbox"/> Festliegen/Seitenlage | <input type="checkbox"/> Aborte                      |
| <input type="checkbox"/> Hautveränderungen  | <input type="checkbox"/> Krämpfe/Zittern       | <input type="checkbox"/> Erhöhte Ferkelsterblichkeit |
| <input type="checkbox"/> Abmagerung/Kümmern | <input type="checkbox"/> Atemnot               |  |

Zusätzliche Informationen: \_\_\_\_\_

**Besondere Untersuchungswünsche:**

| <b>Bakteriologie</b>   | <b>Virologie</b>                                       | <b>Parasitologie</b>  |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salmonellen   | <input type="checkbox"/> KSP/Immundef.                 | <input type="checkbox"/> Endoparasiten  |
| <input type="checkbox"/> E. coli-Serotypisierung                               | <input type="checkbox"/> Morbus Aujeszky / Immundef.   | <input type="checkbox"/> Ektoparasiten  |
| <input type="checkbox"/> Lawsonia intrac./Immundef.                            | <input type="checkbox"/> Influenzavirus / Immundef.    | <b>Serolog. Untersuchung auf:</b><br>_____<br><br><input type="checkbox"/> Mykotoxin-Bestimmung<br>(DON, Zeralenon, Aflatoxine)<br><br><input type="checkbox"/> Stammasservierung |
| <input type="checkbox"/> Brachyspiren/Immundef.                                | <input type="checkbox"/> resp. Coronavirus / Immundef. |   |
| <input type="checkbox"/> Brachyspiren/Diff. + RT                               | <input type="checkbox"/> PCV-2 / PCR                   |   |
| <input type="checkbox"/> Clostridien Typisierung                               | <input type="checkbox"/> PRRSV (DIFF EU/US) / PCR      |   |
| <input type="checkbox"/> Rhinitis atrophicans<br>toxinbildende Pasteurella sp. | <input type="checkbox"/> Rotavirus / Latexaggl.        |   |
| <input type="checkbox"/> Mykoplasmen / kulturell                               | <input type="checkbox"/> porz. Parvovirus / PCR        |   |
| <input type="checkbox"/> Leptospiren / PCR                                     | <input type="checkbox"/> porz. Enterovirus / PCR       |   |
| <input type="checkbox"/> Aborterreger / kulturell                              |  |   |
| <input type="checkbox"/> Resistenztest   |  |   |

**Ich willige ein**, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Labore, Institute und Dritte außerhalb der Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover übermittelt werden dürfen.

Daten, auch patientenbezogene Daten, und Proben aus der Diagnostik können zu medizinischen und administrativen Zwecken gespeichert/aufbewahrt und im Rahmen von Forschung und Lehre (Fotos) durch die Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover genutzt werden. Hiermit nehme ich zur Kenntnis und akzeptiere, dass im Falle von kostenpflichtigen weiterführenden Untersuchungen durch andere Institute die Rechnungsstellung direkt an den Rechnungsempfänger dieses Sektionsauftrages erfolgen kann.

\_\_\_\_\_  
 Datum Einsender/ Tierbesitzer/-halter Tierarzt