

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
Telefon	
Email	

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:

Bakteriologie	Virologie	Parasitologie
<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.	Serolog. Untersuchung auf: _____ <input type="checkbox"/> Mykotoxin-Bestimmung (DON, Zeralenon, Aflatoxine) <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 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 _____