

Prof. Dr. Ottmar Distl
 Institut für Tierzucht und Vererbungsforschung
 Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover
 Bünteweg 17p
 30559 Hannover
 Telefon: 0511-953-8876
 Fax: 0511-953-8582
 E-Mail: ABGLab@tiho-hannover.de

CA-
Laboreingang am:
Eingangsbestätigung am:

Antrag auf Gendiagnose für Cerebelläre Abiotrophie (CA-Test)

Identifikation und Rasse des Tieres		
Lebensnummer (LN):	Name:	
Chipnummer:		
Geburtsdatum:	Hengst <input type="checkbox"/>	Stute <input type="checkbox"/> Wallach <input type="checkbox"/>
Rasse: <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> Shagya-Araber <input type="checkbox"/> Anglo-Araber <input type="checkbox"/> Araber <input type="checkbox"/> Arabian Partbred <input type="checkbox"/> Kreuzung mit anderen Rassen <input type="checkbox"/> andere Rasse:		
Angaben zum Gesundheitsstatus des Tieres		
<input type="checkbox"/> unauffällig		
<input type="checkbox"/> Anzeichen für CA <input type="checkbox"/> Kopfzittern/Kopfnicken <input type="checkbox"/> unsicherer Gang <input type="checkbox"/> unkoordinierter Gang <input type="checkbox"/> Überschlagen <input type="checkbox"/> Laufen in Gegenstände/andere Pferde		
Angaben zu den Eltern, dem mütterlichen Vater und deren CA-Status Bitte Kopie des Pferdepasses oder Abstammungsnachweises beilegen!		
Vater	Mutter	Muttersvater
Name	Name	Name
LN	LN	LN
Rasse	Rasse	Rasse
CA-Status: <input type="checkbox"/> N/N <input type="checkbox"/> CA/N	CA-Status: <input type="checkbox"/> N/N <input type="checkbox"/> CA/N	CA-Status: <input type="checkbox"/> N/N <input type="checkbox"/> CA/N
Anschrift und Einverständniserklärung des Tierbesitzers		
Ich bin mit der Durchführung der Gendiagnose auf CA an dem o.g. Tier und der Verwendung der Testergebnisse sowie des Probenmaterials für wissenschaftliche Untersuchungen einverstanden. Weitere gewünschte Gentests hier ankreuzen: <input type="checkbox"/> SCID		
Nur für Mitglieder des VZAP:		
<input type="checkbox"/> Mit der Weitergabe der CA-Testergebnisse an den VZAP bin ich einverstanden.		
Name:	Anschrift:	
	Telefon:	Fax: E-Mail:
<hr/> Datum Unterschrift		
Bestätigung der Probennahme und Tieridentifikation (Probennehmer/Tierarzt)		
Probenart: <input type="checkbox"/> Haarprobe <input type="checkbox"/> Blutprobe Name und Anschrift Probennehmer/ Tierarzt:	<hr/> Datum Unterschrift	