



Institut für Immunologie
Stiftung Tierärztliche Hochschule
Hannover

Komm. Leiterin:
Prof. Asisa Volz
Bünteweg 2
30559 Hannover
Tel.: 0511/953 - 7920
Fax: 0511/953 - 827920
Anniaka.dahlke@tiho-hannover.de
Telefonzeiten: Mo – Fr 9:00 – 14:00

Untersuchungsvertrag

Vorbericht zu Proben / Begleitbericht für diagnostische Untersuchungen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Datum:

Persönliche Informationen...

1. Einsender Tierarzt <input type="checkbox"/> Rechnung	2. Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Rechnung	3. Rechnungsempfänger (falls abweichend von 1. oder 2.)
Nachname, Vorname:	Nachname, Vorname	Nachname, Vorname:
Straße, Nr.	Straße, Nr.	Straße, Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon, Fax	Telefon, Fax	Telefon, Fax
Email:	Email:	Email:

...und zu Ihrer Probe

Tierart	Geschlecht
<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> mk
Untersuchungsart	
<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung (ehem. Diagn.-Nr. _____)	
Proben-Art	Datum der Entnahme

Grund der Einsendung / Verdachtsdiagnose / Symptome**Gewünschte Untersuchung**

Antikörper gegen	Benötigtes Material (*) gleiche Menge EDTA-Blut von einem gesunden Kontrolltier
<input type="checkbox"/> nukleäre Antigene (ANA)	1 ml Serum
<input type="checkbox"/> Erythrozyten (Coombs)	2 ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> Thrombozyten (ATA)	5 ml EDTA-Blut + (*)
Funktionsprüfung von Granulozyten	Die Untersuchungsprobe muss am Tag nach Blutentnahme bis spätestens 12 Uhr bei uns vorliegen
<input type="checkbox"/> Sauerstoffradikalbildung	10 ml EDTA-Blut + (*)
<input type="checkbox"/> Phagozytose	10 ml EDTA-Blut + (*)
<input type="checkbox"/> Migration	10 ml EDTA-Blut + (*)

1.) Für die Behandlung gelten die *Ordnung über die Entgelte der Kliniken und nichtklinischen Einrichtungen und Institute* nebst *Leistungsverzeichnis des Instituts für Immunologie* sowie die *Bedingungen für die Untersuchung und 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 im Wartezimmer des Instituts für Immunologie ausliegen und auch auf Anforderung eingesehen werden können bzw. informieren Sie sich im Internet unter <https://www.tiho-hannover.de/kliniken-institute/institut-fuer-immunologie/diagnostik/leistungsspektrum-anforderungsformular>.

3.) Der Vertragspartei ist bekannt, dass im Rahmen der Behandlung erforderliche Leistungen an Dritte (z.B. Labore) abgegeben werden können und die von der Vertragspartei vorhandenen personenbezogenen Daten – auch zu Abrechnungszwecken – an Dritte übermittelt werden können.



(Ort, Datum)

(Unterschrift Tierbesitzer / Vertragspartner)

(Unterschrift Vertreter der Einrichtung)**Erklärung zum Datenschutz**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzhinweise, die mir per Aushang, per Auslage sowie im Internet unter www.tiho-hannover.de/kliniken-institute/institut-fuer-immunologie/diagnostik/leistungsspektrum-anforderungsformular zur Verfügung gestellt wurden gelesen und akzeptiert zu haben. Ich bestätige, dass ich die Möglichkeit hatte, ein ausgedrucktes Exemplar der Datenschutzhinweise zu erhalten.



(Unterschrift Tierbesitzer / Vertragspartner)