

Einsender:
.....
.....
.....

an das **Institut für Veterinär-Pathologie**
Universität Leipzig
An den Tierkliniken 33
04103 Leipzig
Tel. 03 41/973 82 70
Fax: 03 41/97 38 299

Antrag auf histologische Untersuchung von Augen

Unters.-Nr......

Name, Vorname, Adresse

Telefon

Besitzer:

Tierart, Rasse: Alter: Geschlecht: m / w / mk / wk

Augenfarbe: Fixierung in: Formalin anderes:

Rechnung an: Tierarzt Besitzer (Bitte nur mit vollständiger Adresse und Unterschrift!)

Befund per Telefax, an Nummer:

a) Untersuchungsmaterial: Bulbus Adnexe Biopat

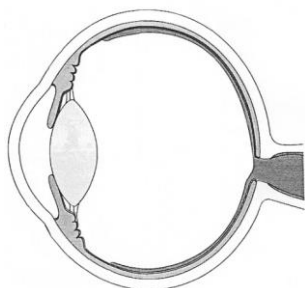
b) klinischer Vorbericht:
.....
.....

c) Glaukom: nein ja, bestehend seit: Augeninnendruck (mmHg):

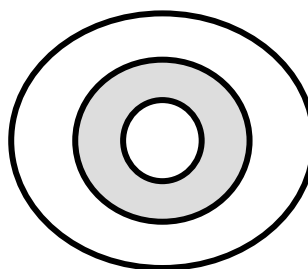
d) Diagnose/Verdachtsdiagnose(n):

e) Vorbehandlung: nein ja, Präparat:
Ansprechen auf Therapie? Ja nein

f) Bitte zeichnen Sie die Lokalisation der Veränderung(en) bzw. die Herkunft des Biopatates ein:



Sagittalansicht



rechtes Auge linkes Auge

Frontalansicht

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Tierkörper, Organe, Teilstücke und Proben in anonymisierter Form für Lehr- und Forschungszwecke verwendet, gelagert und nach Abschluss entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen entsorgt werden.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Vertragsabwicklung speichern und ggf. an Dritte (Dienstleister für weiterführende Untersuchungen und an die Hauptkasse des Freistaates Sachsen zu Abrechnungszwecken) weiterleiten. Sie haben das Recht, diesem Vorgehen zu widersprechen.

.....
(Unterschrift Besitzer)

.....
(Unterschrift Einsender)