



# UNIVERSITÄT LEIPZIG

Institut für Virologie | Veterinärmedizin

Institut für Virologie  
Zentrum für Infektionsmedizin  
Veterinärmedizinische Fakultät  
Universität Leipzig  
Prof. Dr. Dr. Thomas W. Vahlenkamp  
An den Tierkliniken 29  
04103 Leipzig

Telefon Sekretariat: 0341-9738200

Telefon Diagnostik: 01525 1758890

Fax: 0341-9738219

Einsender (Stempel):

Tierbesitzer (genaue Anschrift):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angaben zum Tier:

Tierart/Rasse

Name

Alter

Art des Untersuchungsmaterials (bitte ankreuzen):

EDTA-Blut       Plasma       Serum       Kot       Urin       Feder

Lithium-Heparin-Blut       Liquor       FTA card       Tupferproben: \_\_\_\_\_

Organmaterial: \_\_\_\_\_       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Untersuchung als Pool :  nein     ja: \_\_\_\_\_

Datum der Materialentnahme: \_\_\_\_\_

Letzte Impfung/Datum: \_\_\_\_\_

Erwünschte Untersuchung (bitte ankreuzen):

RT-/PCR       Serologie       Zellkulturanzucht

1. \_\_\_\_\_      1. \_\_\_\_\_      1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_      2. \_\_\_\_\_      2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_      3. \_\_\_\_\_      3. \_\_\_\_\_

Sequenzierung bei positiven Resultaten:     nein     ja

Vorbericht und klinische Diagnose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befund an:     Einsender     Tierbesitzer     externer Auftraggeber: \_\_\_\_\_

Rechnung an:     Einsender     Tierbesitzer     externer Auftraggeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift