

Stempel

An die
Klinik für Vögel und Reptilien
Universität Leipzig
An den Tierkliniken 17
04103 Leipzig

Datum:

Untersuchungsauftrag

Bitte füllen Sie die Angaben möglichst vollständig aus, damit wir Ihnen bestmöglich helfen können

<input type="radio"/> Tierärztliche Praxis / Klinik	<input type="radio"/> Bestandsproblem	<input type="radio"/> Regressansprüche
<input type="radio"/> Tierhalterin/Tierhalter	<input type="radio"/> verstorben	
	<input type="radio"/> euthanasiert am:	
Name, Vorname: _____		
Strasse: _____		
PLZ, Wohnort: _____		
Telefon: _____ Fax: _____		
E-Mail: _____		

Tierart:	_____
Alter:	_____ Geschlecht: <input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl. <input type="radio"/> unbek.
Herkunft:	_____
in Besitz seit:	_____
andere Tiere:	_____
Kennzeichnung:	Ring: _____ Chip: _____ sonst.: _____
Haltung/ Fütterung:	
klinische Symptome:	
Befunde bildgebende Diagnostik:	
Befunde Labordiagnostik:	
Therapie:	

Verdachtsdiagnose:

Angeforderte Untersuchungen:

Art der Probe:	<input type="radio"/> Kot	<input type="radio"/> Feder	<input type="radio"/> Blut	<input type="radio"/> _____
	<input type="radio"/> Tupfer:	_____		
	<input type="radio"/> Tierkörper	<input type="radio"/> Organe/Gewebe		
Zeitpunkt der Probenentnahme:	_____			
Angeforderte Untersuchung:	_____			

<input type="radio"/> Sektion (inkl. parasitologische und zytologische Untersuchung)				
<input type="radio"/> Histopathologische Untersuchung				
<input type="radio"/> Bakteriologisch/mykologische Untersuchung (inkl. Resistenztest)				
<input type="radio"/> Parasitologische Untersuchung				
<input type="radio"/> Zytologische Untersuchung				
<input type="radio"/> Molekularbiologische Untersuchung einschl. <input type="radio"/> Sequenzierung auf:				
<input type="radio"/> Circovirus	<input type="radio"/> Polyomavirus	<input type="radio"/> Aviäres Bornavirus	<input type="radio"/> Herpesvirus	
<input type="radio"/> Adenovirus	<input type="radio"/> Reovirus	<input type="radio"/> Paramyxovirus	<input type="radio"/> Usutuvirus	
<input type="radio"/> Nidovirus	<input type="radio"/> Ferlavirus	<input type="radio"/> Arenavirus	<input type="radio"/> Flaviviren	
<input type="radio"/> Picornaviren	<input type="radio"/> Rotavirus	<input type="radio"/> Aviäres Leukosevirus	<input type="radio"/> Pockenvirus	
<input type="radio"/> Chlamydia psittaci				
<input type="radio"/> Mykoplasmen				
<input type="radio"/> Macrorhabdus ornithogaster				
<input type="radio"/> Nannizziopsis (CANV)				
<input type="radio"/> Metarhizium	<input type="radio"/> Purpureocillium	<input type="radio"/> Beauveria bassiana		
<input type="radio"/> viszerale Kokzidien (Atoxoplasma, Toxoplasma gondii, Sarcocystis, Lankesterella)				
<input type="radio"/> Haemosporida (Plasmodium, Haemoproteus, Leukozytozoon)				
<input type="radio"/> Toxikologische Untersuchung Blei/ Zink/ Kupfer				
<input type="radio"/> _____				

Befundmitteilung:

<input type="radio"/> per E-Mail:	<input type="radio"/> telefon. Rücksprache:
<input type="radio"/> per Fax:	
<input type="radio"/> per Post:	
<input type="radio"/> ich bitte um Mitteilung an meinen Haustierarzt	

Die Rechnungsstellung erfolgt immer an die beauftragende Person. Ich bin bereit und in der Lage, die entstehenden Kosten nach Erhalt der Rechnung zu begleichen

Unterschrift:

Bitte beachten Sie unsere Hinweise zur Probenentnahme und zum Versand unter <http://vogelklinik.uni-leipzig.de>. Bei Fragen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 0341/9738405 oder über kontakt@vogelklinik.uni-leipzig.de

Dieses Formular können Sie als PDF-File downloaden unter www.vogelklinik.uni-leipzig.de
(Dienstleistungen/Diagnostik)