Untersuchungsantrag

Eingangszeitpunkt Annahme von: Tagebuchnummer

STUA - Diagnostikzentrum, Löwenbreitestr. 18/20, 88326 Aulendorf
vollständige Anschrift des Tierbesitzers

Registriernummer nach Viehverkehrsverordnung:
0 8

Ergebnis an
❑ Tierarzt ❑ Besitzer (schriftlich)
❑ per Telefax Nr.:_____
❑ telefonisch Nr.:_____
❑ schriftlich (nicht mehr bei Faxdurchgabe)

Rechnung an
❑ Tierarzt ❑ Besitzer
❑ Amtliche Untersuchung im Auftrag des Veterinäramts _____
❑ Tierseuchenkasse nach Leistungskatalog
❑ Untersuchung vom Tiergesundheitsdienst genehmigt Frau/Herr Dr. _____

Tierhalternummer

Ohne Tierhalternummer ist eine Kostenübernahme durch die Tierseuchenkasse ausgeschlossen.

Hinweis: Von der Tierseuchenkasse oder vom Land nicht übernommene Untersuchungsgebühren müssen dem Einsender bzw. Tierbesitzer in Rechnung gestellt werden. Der Einsender haftet gem. § 4 LGebG als Gesamtschuldner, falls die Untersuchungsgebühren nicht von der Tierseuchenkasse übernommen oder vom Tierbesitzer eingezogen werden können.

Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.ua-bw.de einsehen. Alternativ erhalten Sie die Informationen auch direkt bei Ihrem Untersuchungsamt.

Untersuchungsauftrag: Untersuchung von ***Geflügelkotproben***

Probenzahl: **Tierart:** **Alter:**

Entnahmedatum:

Vorbericht/Bemerkungen: ❑ **Routine** ❑ **Kontrolluntersuchung** ❑ **Feststellung der Krankheitsursache**

.....

1. Parasitologische Untersuchung auf Magen-Darm-Parasiten
- ❑ **im Flotationsverfahren (PV018GF)**

2. Bakteriologische Zusatzuntersuchung zur Parasitologie
- ❑ **a. im Direktausstrich (PV019GF) auf bakterielle Erreger**
- ❑ **b. im Anreicherungsverfahren (PV033GF) auf Salmonellen**

ERGEBNIS:

Probe Nr.	Probenherkunft / Stallbezeichnung
1	
2	
3	
4	
5	

Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die vorgelegte(n) Probe(n).
Der Prüfbericht darf ohne schriftliche Genehmigung des STUA - Diagnostikzentrum nicht - auch nicht auszugsweise - vervielfältigt werden.
Der Kunde ist mit der verkürzten Befundmitteilung entsprechend der SOP033AL einverstanden.

❑ Vorabbefund telefonisch erwünscht

erledigt:

Anschrift des Tierarztes/Einsenders

STUA Aulendorf - Diagnostikzentrum

.....

.....
Datum Unterschrift des Einsenders

Code: F01-PP008GF09
Genehmigt von Dr. Miller
Gültig ab 03.07.2026

Dienstgebäude:
Löwenbreitestr. 18/20
88326 Aulendorf

Telefon (0 75 25) 9 42-0
Telefax (0 75 25) 9 42-200
poststelle@stuaau.bwl.de

Öffnungszeiten:
Montag - Donnerstag 8 - 12 Uhr und 13 - 16 Uhr
Freitag 8 - 12 Uhr und 13 - 14.30 Uhr
Samstag und Sonn- und Feiertage: Notdienst 9 - 11 Uhr

Parasitologische Untersuchungen Tgb.-Nr.:

Parasitologisch: direkt (PV017GF)

Angefertigt am:	von:
Abgelesen am:	von:

	Herkunft	Ergebnis
1		
2		

Parasitologisch: Flotation (PV018GF)

Angefertigt am:	von:
Abgelesen am:	von:

	Herkunft	Kokzidien	Spulwürmer	Haarwürmer	Sonstiges
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Bakteriologisch: direkt (PV019GF) ☐ Gramfärbung

Angefertigt am:	von:
Abgelesen am:	von:

	Herkunft	Blut / Gassner	Bemerkungen:
1			
2			
3			
4			

Bakteriologisch: Anreicherung (PV033GF)

Angefertigt am:	von:

Die weiteren Angaben zur Untersuchung auf Salmonellen (Datum der Ablesung, Kürzel des Untersuchers, Ergebnis) sind auf einem entsprechenden Formblatt (F01-PV033GF) vermerkt.

Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die vorgelegte(n) Probe(n).
Der Prüfbericht darf ohne schriftliche Genehmigung des
STUA - Diagnostikzentrum nicht - auch nicht auszugsweise - vervielfältigt werden.
Der Kunde ist mit der verkürzten Befundmitteilung entsprechend der SOP033AL einverstanden.

Code: F01-PP008GF09
Genehmigt von Dr. Miller
Gültig ab: 03.07.2026