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

Formblatt „Untersuchungsantrag / Befundmitteilung für Hengste“

Code: F01-PP008BA04

Vom Einsender auszufüllen:

HIT-Nr. des Tierarztes:

Anschrift des Einsenders:

Entnahmedatum / Unterschrift

HIT-Nr. des Tierhalters: 0 8

Anschrift Besamungsstation/Hengsthalter:

TSK-Nr.:

Ergebnismitteilung bitte an:

☐ Tierarzt

Fax-Nr.: _____

☐ Besitzer (schriftl.)

☐ LRA-VA

☐ PGD

Vom STUA-DZ auszufüllen:

Tagebuch-Nr.:

Eingangsdatum: _____

Untersuchungsbeginn: _____

Probe(n) angelegt von: _____

Fax: ☐ Tierarzt ☐ LRA-VA ☐ Sonstige

am: _____ von: _____

Bitte ankreuzen:

☐ allg. bakteriologische Untersuchung und CEM-Untersuchung

☐ nur CEM-Untersuchung

Die erste Untersuchung eines Hengstes im laufenden Jahr wird von der TSK BW bezahlt (allg. Bakteriologie, CEM- u. EVA-Untersuchung). Alle weiteren regelmäßigen Kontrolluntersuchungen sind kostenpflichtig. Bitte kreuzen Sie an, ob es sich um eine Erst- oder Kontrolluntersuchung handelt und geben Sie die TSK- u. die HIT-Nr. (Unternehmens-Nr.) an.

Lfd. Nr.	Name des Hengstes:	**Bakteriologische Untersuchung** (nach Prüfplan PP008BA)					**Serologische Untersuchung** (Nur Besamungshengste)		
		Art der Untersuchung	☐ Penisschaft	☐ Harnröhre (Vorsekret)	☐ Eichelgrube	☐ Sperma (Nur Besamungshengste)	EIA ☐ Coggins	Beschäls. ☐ KBR	EVA ☐ SNT
	Untersuchungsgrund: 1. Untersuchung des lfd. Jahres ☐ Kontrolluntersuchung ☐	Direkt-anzucht							
		Anr. Strept.							
		Anr. Staph.							
		CEM ☐ kulturell ☐ PCR							

Staatl. Tierärztliches Untersuchungsamt
Aulendorf - Diagnostikzentrum

Datum, Unterschrift Untersuchungseinrichtung