

MILCHPROBEN-BEGLEITSCHREIBEN

TIERBESITZER			TIERARZT		
Name _____			Name _____		
Straße, Hausnummer _____			Straße, Hausnummer _____		
PLZ _____	Wohnort _____	Bundesland _____	PLZ _____	Wohnort _____	Bundesland _____
Vorwahl/ Rufnummer _____		Fax _____	Vorwahl/ Rufnummer _____		Fax _____
E-Mail (bitte angeben wenn vorhanden) _____			E-Mail (bitte angeben wenn vorhanden) _____		
LFBIS-Nr.: _____					
MOLKEREI: _____			Sonstige Anmerkungen: _____		
MOLKEREI-Liefernummer: _____					
TGD-Mitglied: <input type="checkbox"/> NÖ <input type="checkbox"/> OÖ <input type="checkbox"/> Slbg. <input type="checkbox"/> Bgld.					
<input type="checkbox"/> K. <input type="checkbox"/> T. <input type="checkbox"/> VlbG. <input type="checkbox"/> Stm. <input type="checkbox"/> kein					

Probenentnahme am: _____	<input type="checkbox"/> Tierbesitzer	<input type="checkbox"/> Tierarzt
Bereits behandelt am: _____	Abkalbedatum: _____	

Probeneinsendung wegen:

welche(s) Viertel erkrankt: _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> hohem Zellgehalt
<input type="checkbox"/> Milchveränderung
<input type="checkbox"/> Euterschwellung
<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber | <input type="checkbox"/> Zitzenverletzung
<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Zukauf
<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung
<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen | <input type="checkbox"/> Kontrolle für Versteigerung
andere Gründe: _____ |
|---|--|--|

Schaf / Ziege				Bereits behandelt am: _____ Ablamdatum: _____	
OM-Nr.:					
Name:	Schalmtest Ergebnis *	sinnfällig verändert	* Erläuterungen: - = normal + = leicht ++ = stark +++ = sehr stark		
Zeichen	Euterviertel				
R	rechts				
L	links				

Schaf / Ziege		Schalmtest Ergebnis *	sinntällig verändert	Bereits behandelt am: _____ Ablammdatum: _____	
OM-Nr.:				Probeneinsendung wegen:	
Name:		_____			
Zeichen	Euterviertel	_____			
R	rechts				
L	links				

Schaf / Ziege		Schalmtest Ergebnis *	sinntällig verändert	Bereits behandelt am: _____ Ablammdatum: _____	
OM-Nr.:				Probeneinsendung wegen:	
Name:		_____			
Zeichen	Euterviertel	_____			
R	rechts				
L	links				

Schaf / Ziege		Schalmtest Ergebnis *	sinntällig verändert	Bereits behandelt am: _____ Ablammdatum: _____	
OM-Nr.:				Probeneinsendung wegen:	
Name:		_____			
Zeichen	Euterviertel	_____			
R	rechts				
L	links				

Schaf / Ziege		Schalmtest Ergebnis *	sinntällig verändert	Bereits behandelt am: _____ Ablammdatum: _____	
OM-Nr.:				Probeneinsendung wegen:	
Name:		_____			
Zeichen	Euterviertel	_____			
R	rechts				
L	links				

Schaf / Ziege		Schalmtest Ergebnis *	sinntällig verändert	Bereits behandelt am: _____ Ablammdatum: _____	
OM-Nr.:				Probeneinsendung wegen:	
Name:		_____			
Zeichen	Euterviertel	_____			
R	rechts				
L	links				

Schaf / Ziege		Schalmtest Ergebnis *	sinntällig verändert	Bereits behandelt am: _____ Ablammdatum: _____	
OM-Nr.:				Probeneinsendung wegen:	
Name:		_____			
Zeichen	Euterviertel	_____			
R	rechts				
L	links				

Datum:

Unterschrift: