

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.: | | | * Erläuterungen: - = normal + = leicht ++ = stark +++ = sehr stark |
| Name: | Schalmtest Ergebnis * | sinnfälliger verändert | |
| 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: