

Untersuchungsantrag Aborte Rind, kl. Wiederkäuer

für Teilnehmer des Salzburger Tiergesundheitsdienstes

Untersuchungsstelle: AGES GmbH
Institut für veterinärmedizinische Untersuchungen Mödling
Robert Koch-Gasse 17, A-2340 Mödling
Email: servicezentrale.moedling@ages.at
Tel.: 050555/38112 Fax: 050555/38529

Sektionsorgan
Datum Probennahme Blut

Einsender: Tierarzt/-ärztin Name, Straße/Nr, PLZ, Ort, Tel., E-Mail	Tierhalter:in/Betrieb Name, Straße/Nr, PLZ, Ort, Tel., E-Mail LFBIS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							

Rechnungsempfänger TGD Salzburg (NUR für TGD-Betriebe) **ATA informiert?** ja nein
Befundempfänger TGD Salzburg Einsender/Tierarzt/-ärztin Tierhalter:in/Betrieb

Ohrmarke Mutter _____ **Ohrmarke Fetus** _____ **Rasse** _____

Untersuchungswunsch:

<input type="checkbox"/> Serologie Paket Rind* Neospora caninum AK Salmonella dublin AK Coxiella burnetii AK Chlamydien AK Leptospiren AK	<input type="checkbox"/> Serologie Paket kl. Wdk. Pestivirus/BVD AK Coxiella burnetii AK Chlamydien AK Toxoplasmen AK	<input type="checkbox"/> Fetus Paket Rind*/kl Wdk. Sektion inkl. Organentnahme Bakteriologische Untersuchung Chlamydia, Coxiella, Neospora (Rind)/Toxoplasma (kl. Wdk.) - PCR
---	--	---

* Bei Rinderaborten wird - für den Einsender kostenfrei - auch das amtliche Abortuntersuchungspaket (Bruc. Abortus, IBR/IPV, BVD, etc.) durchgeführt und das Ergebnis an die zuständigen Stellen weitergeleitet

Anamnese:	Abort-Zeitpunkt: _____
------------------	-------------------------------

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (ABG) der AGES GmbH in der zum Zeitpunkt der Auftragserteilung geltenden Fassung (siehe <http://www.ages.at/agb>) als vereinbart.

Ich bestätige, dass der Tierhalter:in/Betrieb Teilnehmer beim TGD Salzburg ist und nehme zur Kenntnis, dass die Kosten vom TGD Salzburg nur für jene Betriebe mit einem aufrechten Teilnahmevertrag beim TGD Salzburg übernommen werden.

Ich bestätige, dass mit dem TGD Salzburg eine Vereinbarung dahingehend getroffen wurde, dass dieser die Begleichung des Rechnungsbetrages übernimmt, sofern ich in die Befundübermittlung an den TGD Salzburg durch die AGES zustimme und ersuche um direkte Weiterleitung des/der Befunde/s durch die AGES an den TGD Salzburg.

_____, am _____
Ort Datum

Unterschrift Einsender:in

Untersuchungsmaterial	NUR vom Sektionsorgan auszufüllen!
Bei Organ(teil)en: <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Milz <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Labmageninhalt <input type="checkbox"/> Kopf/Gehirn <input type="checkbox"/> Plazenta	