



**Tierarztpraxis Peter Wagner**  
Labor Lindener Str. 21  
66649 Oberthal

Tel.: 06854 / 92387  
Fax: 06854 / 802447  
tierarztpraxiswagner@t-online.de

## Untersuchungsauftrag auf Trichinellen (Referenzmethode nach Durchführungsverordnung (EU) Nr. 2015/1375)

### – Prüfbericht –

**Adresse Probenahmeort / Betrieb**

Fax-Nr. / Email / Tel.-Nr. / Stempel

---



---



---



---

**Amtlicher Tierarzt**

Fax-Nr. / Email / Tel.-Nr. / Stempel

Untersuchungsmaterial:  **Zwerchfellpfeiler (Ggfls. streichen)**  
 **sonstiges:**

Probenahmedatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Antragssteller (**Amtlicher Tierarzt**)

**Untersuchungsbeginn Labor:**

int. Labor-Nr.:

*(wird vom Labor ausgefüllt)*

Freigabe: VMU.F.TRI.001 Version 04

Nummer Einsender		Ggfls. LIMS-Etikett	Ergebnis
(z. B. Schlacht-Nr. / Tagebuch-Nr.) und / oder Name des Besitzers		mit Labor-Nr.; Eingangsdatum <i>(wird vom Labor ausgefüllt)</i>	<b>qualitativer Nachweis Trichinella spp.</b> <i>(wird vom Labor ausgefüllt)</i>
Tagebuch-Nr.:			<input type="checkbox"/> negativ (Probe trichinenfrei)
<b>Hausschwein:</b> (Gesamtzahl)	_____		<input type="checkbox"/> positiv
Tagebuch-Nr.:			<input type="checkbox"/> negativ (Probe trichinenfrei)
<b>Wildschwein:</b> (Gesamtzahl)	_____		<input type="checkbox"/> positiv

Ort, Datum (= **Untersuchungsende**) / **Unterschrift Untersucher**

übermittelt per FAX  / E-MAIL  / POST  / ggfls. telefonisch  durch: \_\_\_\_\_  
(Datum, Kürzel oder Unterschrift)