

# Untersuchungsauftrag Geflügelpest (AIV)



**Einsender / Besitzer**

Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

**Tierarzt** (Anschrift, Tel.-Nr. / E-Mail; Stempel)

**Rechnung**

- amtlich
- Besitzer
- Tierarzt

<input type="checkbox"/> Wildvogel <input type="checkbox"/> Hausgeflügel	<b>Vogelart:</b>	<b>Kennzeichen / Ring-Nr.:</b>
<b>Zustand des beprobten Tieres:</b> <input type="checkbox"/> frisch tot gefunden <input type="checkbox"/> länger tot gefunden <input type="checkbox"/> erlegt <input type="checkbox"/> krank erlegt <input type="checkbox"/> lebend <input type="checkbox"/> krank <input type="checkbox"/> tot, Tierfraß <input type="checkbox"/> tot, skelettiert	<b>Art der Probe:</b> <input type="checkbox"/> Kloaken-Tupfer <input type="checkbox"/> Rachen-Tupfer <input type="checkbox"/> kombinierter Kloak./Ra.-Tupfer <input type="checkbox"/> Kotprobe <input type="checkbox"/> Blutprobe <input type="checkbox"/> Organprobe <input type="checkbox"/> kombinierter Kloak./Ra.- und Blut-Tupfer <input type="checkbox"/> Trachea-Tupfer (bei Sektion) <input type="checkbox"/> keine Angabe	<b>Altersklasse:</b> <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Jungvogel <input type="checkbox"/> Altvogel  <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

<b>Adresse (Fundort / Sammelstelle / Erlegeort):</b>	<b>Funddatum:</b>
<b>Bemerkungen:</b>	

Freigabe: VMU.F.PATH.002 Version 01

<b>Ort, Datum der Probenentnahme:</b>	
<b>Unterschrift des Besitzers:</b>	
<b>Unterschrift des Tierarztes:</b>	