



Landesanstalt für veterinärmedizinische Untersuchungen NRL für Krebstierkrankheiten

Kirchengasse 43, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Austria, Tel. +43(0)50536 - 15302, Fax. DW: 15300

E-Mail: Abt5.Vetmed@ktn.gv.at

<http://www.la-vetmed.at>



Akkreditierte
Prüfstelle
ID 206

Untersuchungsauftrag Fische

NICHT VOM EINSENDER AUSZUFÜLLEN									
Tgb.Nr.					Eingang der Probe (Datum, Uhrzeit)				
<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> Besitzer	<input type="checkbox"/> Bote/Tzt.	Kühlung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Plombierung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Transport	<input type="checkbox"/> Kühlbox	<input type="checkbox"/> Karton/Schachtel	<input type="checkbox"/> Plastiksack		<input type="checkbox"/> Becher	<input type="checkbox"/> Ohne Verpackung			
Eingangstemperatur					Übernehmer				

Tierarzt (Name, Adresse, Tel.-Nr.)			Besitzer /Anschrift/LFBIS/TEL./FAX		
Befund und Rechnung an			Befund ergeht in Kopie an		
<input type="checkbox"/> Tierarzt	<input type="checkbox"/> GDN Kärnten		<input type="checkbox"/> Tierarzt	<input type="checkbox"/> Tierbesitzer	
<input type="checkbox"/> Tierbesitzer	<input type="checkbox"/> Auftraggeber		<input type="checkbox"/> Auftraggeber		
Untersuchungsmaterial			Entnahmedetails		
Datum der Entnahme			Fischart		
<input type="checkbox"/> Fischkörper	<input type="checkbox"/> Organteile	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Karpfen	<input type="checkbox"/> Bachforellen	
<input type="checkbox"/> Wasserproben (UZ LUA)			<input type="checkbox"/> Regenbogenforellen	<input type="checkbox"/> Sonstige	
Vermutete Diagnose					
Vorbehandlung		<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wann?	Womit?		
Gewünschte Untersuchungen					
<input type="checkbox"/> Sektion	<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> Wasseranalyse (LUA)			
<input type="checkbox"/> Ektoparasiten	<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> Zellkultur (Weiterleitung)			
<input type="checkbox"/> Endoparasiten	<input type="checkbox"/> Virologische Untersuchung (PCR):				

Bitte Umblättern!!

Vorbericht (Wenn möglich Skizze der Anlage auf der Rückseite darstellen)**BETRIEBSANGABEN**

Gehaltene Fischarten		
Fütterungsart	Reg. NR.	
Wasserversorgung	Kategorie	
Wassertemperatur	Desinfektion	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Produktionsrichtung	Wenn Ja, Welche?	

ANAMNESE

Was? Wann? Wo? Wie war der Verlauf?	

Skizze der Anlage