



# Landesanstalt für veterinärmedizinische Untersuchungen

Kirchengasse 43, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Austria, Tel. +43(0)50536-41052, Fax -41050

e-Mail: [post.vetmed@ktn.gv.at](mailto:post.vetmed@ktn.gv.at)

[www.la-vetmed.at](http://www.la-vetmed.at)

Tgb.Nr. ....	ein am ..... Uhr.....	Übernehmer.....
<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		

## Einsendeformular für Sektionen \*

<b>Tierarzt</b>  	<b>Besitzer</b>  <b>PLZ</b> <b>Tel./Fax</b> <b>LFBIS:</b>
-------------------------	---

<b>Befund und Rechnung an</b> <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> GDN Kärnten <input type="checkbox"/> Tierbesitzer - Auftraggeber	<b>Befundkopie an</b> <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer - Auftraggeber
---	--

<b>Tierart</b>	
<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Kaninchen <input type="checkbox"/> Rind                      BVD-US: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Schaf <input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/> Reh <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Ziege <input type="checkbox"/> Pute <input type="checkbox"/>	

<b>Vorbericht</b>
<input type="checkbox"/> Rasse: <input type="checkbox"/> Geschlecht: Kastriert: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="checkbox"/> Alter: <input type="checkbox"/> Abzeichen: <input type="checkbox"/> OMNr.: <input type="checkbox"/> Gewicht: <input type="checkbox"/> Entwurmt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="checkbox"/> Impfungen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="checkbox"/> Fütterung: <input type="checkbox"/> Bestandsgröße:

<b>Vorbehandlung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   womit: _____   wann: _____
---

<b>Weiterführende Untersuchungen gewünscht?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Unterschrift:</b>
<input type="radio"/> Bakteriologie <input type="radio"/> Virologie <input type="radio"/> Histologie <input type="radio"/> Parasitologie <input type="radio"/>