



Landesanstalt für veterinärmedizinische Untersuchungen

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

e-Mail: abt5.vetmed@ktn.gv.at

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 *

Tierarzt 	Besitzer PLZ Tel./Fax LFBIS:
-------------------------	--

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

Tierart	
<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"/>	

Vorbericht
<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:

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

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