

wird vom Labor ausgefüllt	Tgb.Nr. <input type="text"/>	Eingang am <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>	Übernehmer <input type="text"/>
	Kühlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> Bote/Tzt. <input type="checkbox"/> Paketdienst		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"/> ohne Verpackung			Nummer <input type="text"/>

Milchuntersuchung Untersuchungsantrag

AntragstellerIn Name: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/> PLZ: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> Lfbis: <input type="text"/> TGD - Betrieb <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grund der Probeneinsendung (Zahlencode bei jeder Kuh angeben) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Hoher Zellgehalt</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Kontrolle vor Trockenstellen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Milchveränderung</td> <td><input type="checkbox"/> 7 Kontrolle für Versteigerung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Euterschwellung</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Kontrolle nach Zukauf</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Zitzenverletzung</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Kontrolle nach Behandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 Eutererkrankungen mit Fieber</td> <td><input type="checkbox"/> 10 <input type="text"/></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Tierart (falls nicht Rind): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> 6 Kontrolle vor Trockenstellen	<input type="checkbox"/> 2 Milchveränderung	<input type="checkbox"/> 7 Kontrolle für Versteigerung	<input type="checkbox"/> 3 Euterschwellung	<input type="checkbox"/> 8 Kontrolle nach Zukauf	<input type="checkbox"/> 4 Zitzenverletzung	<input type="checkbox"/> 9 Kontrolle nach Behandlung	<input type="checkbox"/> 5 Eutererkrankungen mit Fieber	<input type="checkbox"/> 10 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 Hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> 6 Kontrolle vor Trockenstellen										
<input type="checkbox"/> 2 Milchveränderung	<input type="checkbox"/> 7 Kontrolle für Versteigerung										
<input type="checkbox"/> 3 Euterschwellung	<input type="checkbox"/> 8 Kontrolle nach Zukauf										
<input type="checkbox"/> 4 Zitzenverletzung	<input type="checkbox"/> 9 Kontrolle nach Behandlung										
<input type="checkbox"/> 5 Eutererkrankungen mit Fieber	<input type="checkbox"/> 10 <input type="text"/>										

Probennahmedatum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bestandsproblem <input type="checkbox"/> Einzeltiererkrankung <input type="checkbox"/> OKM <input type="checkbox"/> UKM
---	--

Probennehmer:		<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Hofberater	Klin. Erkr. Viertel	Schalm test	Zyto	Bearbeitung	Ergebnis
Lfd. Nr.	Name:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	rv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OM-Nr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	rh	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Grund der Probeneinsendung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> frischmelkend <input type="checkbox"/> altemelkend <input type="checkbox"/> trocken Vorbeh. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lh	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Probennehmer:		<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Hofberater	Klin. Erkr. Viertel	Schalm test	Zyto	Bearbeitung	Ergebnis
Lfd. Nr.	Name:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	rv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OM-Nr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	rh	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Grund der Probeneinsendung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> frischmelkend <input type="checkbox"/> altemelkend <input type="checkbox"/> trocken Vorbeh. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lh	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



