

Einsendeformular für Milchproben

Labor.Nr. /

CVUA Bakteriologie, Am Moosweiher 2, 79108 Freiburg Tel.:1502-171 od. -0, Fax: -2972 (b. Fragen zu Ergebnissen) Tel.:1502-267 (EGD) Fax:-298 (b. Fragen zu Behandlung/ Melktechnik/Bestandsbesuchen/EGD)
 Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet auf der jeweiligen Homepage
 Ihres CVUAs oder des STUA-Diagnostikzentrum unter www.ua-bw.de einsehen. Alternativ erhalten Sie die Informationen auch direkt bei Ihrem zuständigen Untersuchungsamt.

Erstellt von Dr. Wybke Murmann am: 1.8..2019

HIT-Betr.Nr.:	Hoftierarzt Dr.	Untersuchungsumfang (unbedingt ankreuzen)	Vom Labor auszufüllen Eingangsdatum			
TSK-Nr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(Stempel) Fax Nr	<input type="checkbox"/> Mastitiserreger				
Name		<input type="checkbox"/> Zellzahl				
Straße	Bei mehr als 16 Proben Blatt Nr. <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Antibiotikaresistenz	Ausgang Befund Freiburg, d.			
PLZ/Ort		Probennehmer:		gefaxt am		
Tel.Fax		Datum d. Probenentnahme:		an	Kopie	
			Lims 1	Lims 2	angelegt	
			TB	TA	EGD	

Ifd. Nr.:	Name/OM Tierart wenn nicht Rind:	Vorbericht, z.B. Trockenstellen, Kontrolle, Kuh Krank/ Fieber Behandlung mit/ am, Sonstiges,	Viertel	Schalmtest -+/++/+++ Proben Nr. (R-Test) N	Zellgehalt x 1000/ml	kein Wachstum	unspez. MK	Staph. aureus	Sc. agalactiae	ÄPS	ÄNS	KNS	Coliforme K.	T. pyogenes	Hefen	Coryneforme B.	Antibiotikaresistenztest(RT)							
																	Pr. Nr. (RT)							
			vr															Penicillin						
			hr																Lincomycin					
			vl																Cloxacillin					
			hl																Cefalexin					
			vr																Cefaperazon					
			hr																Cefquinom					
			vl																Marbofloxacin					
			hl																AMC					
			vr																Gentamycin					
			hr																Neomycin					
			vl																Andere AB: bitte markieren ggf hinzufügen					
			hl																Erythromycin					
			vr																Tylosin					
			hr																					
			vl																					
			hl																					

Unterschrift Einsender