

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Eingangsnummer: \_\_\_\_\_

Labornummer: \_\_\_\_\_

[illegible]

| Angaben zum Tier                                         |                                                   | Probenart                                       |                                 |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|
| Tierart: Taube                                           | <input type="checkbox"/> Tierkörper               | <input type="checkbox"/> Organ/Gewebe – welche: |                                 |
| Alter/Altersgruppe:                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Kot/Kottupfer | <input type="checkbox"/> Harn                   |                                 |
| Geschlecht:                                              | <input type="checkbox"/> Tupfer – Entnahmeort:    |                                                 |                                 |
| Nutzungsart:                                             | <input type="checkbox"/> Sekret – Entnahmeort:    |                                                 |                                 |
| Tierkennzeichnung (LOM, Chip, Name):                     | <input type="checkbox"/> Hautgeschabsel           | <input type="checkbox"/> Haare                  | <input type="checkbox"/> Federn |
| (bei mehreren Proben Vordruck <b>Probenliste</b> nutzen) | <input type="checkbox"/> Futtermittel             | <input type="checkbox"/> Tränkwasser            |                                 |
|                                                          | <input type="checkbox"/> Sonstige – Bezeichnung:  |                                                 |                                 |

| Untersuchungsgrund                                   | Untersuchungsanforderung                                                                           |                                                 | Verrechnung an:                            |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Abklärung/Klinik | <input type="checkbox"/> Krankheits-/Todesursache (Sektion)                                        | <input type="checkbox"/> Histologie             | <input type="checkbox"/> Halter            |
| <input type="checkbox"/> Nachunters.                 | <input checked="" type="checkbox"/> allg. bakteriologische Untersuchung                            | <input type="checkbox"/> Resistogramm           | <input type="checkbox"/> Tierarzt          |
| <input type="checkbox"/> Bestandsunters.             | <input type="checkbox"/> virologische Untersuchung                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Salmonellen | <input type="checkbox"/> TSK               |
| <input type="checkbox"/> Quarantäne                  | <input type="checkbox"/> Abort/Deckinfektionserreger                                               | <input type="checkbox"/> Paratuberkulose        | <input type="checkbox"/> Amtstierarzt      |
| <input type="checkbox"/> Handel                      | <input type="checkbox"/> Hefen/Schimmelpilze/Dermatophyten                                         | <input type="checkbox"/> Parasiten              | <input type="checkbox"/> TGD               |
| <input type="checkbox"/> Programm der TSK            | <input type="checkbox"/> weitere Angaben zur Diagnostik: (PCR, auf welche Krankheitserreger, etc.) |                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Verein |
| <input type="checkbox"/> amtl. angeord. Unters.      |                                                                                                    |                                                 |                                            |
| <input type="checkbox"/>                             |                                                                                                    |                                                 |                                            |

| <b>Vorbericht/Bemerkungen:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             |                                       |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Einzelerkrankung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Bestandserkrankung | <input type="checkbox"/> verendet am: | <input type="checkbox"/> getötet am: |
| <b>1. Krankheitsdauer/-verlauf</b> (mit Anzahl erkrankter/gestorbener Tiere):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                       |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                       |                                      |
| <b>2. Vorbehandlung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Impfprophylaxe     | <input type="checkbox"/> Antibiotika  | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |
| (Präparat/Dauer der Anwendung/letzte Anwendung)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                       |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                       |                                      |
| <b>3. vorliegende Befunde/Verdachtsdiagnose/Sonstiges:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                       |                                      |
| Pflegestelle:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                       |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                       |                                      |
| <p>Einwilligung in die Datenübermittlung an die Sächsische Tierseuchenkasse (TSK). Für die Durchführung der Tiergesundheitsprogramme nach § 27 Abs. 4 i.V.m. § 32 Abs. 3 SächsAGTierGesG werden die im Untersuchungsantrag erhobenen Daten und die Untersuchungsergebnisse an die TSK übermittelt. Für Untersuchungen, die der Tierhalter selbst in Auftrag gibt und vergütet, ist eine Einwilligung zur Übermittlung an die TSK erforderlich. Die Einwilligung kann verweigert werden oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, sofern dem Widerruf keine Rechtsgründe entgegenstehen. In diesen Fällen wird von einer Übermittlung an die TSK abgesehen.</p> <p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Untersuchungsantrag erhobenen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse vollständig an die TSK übermittelt werden.</p> |                                             |                                       |                                      |
| <div style="border-top: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;"></div> <b>Unterschrift Einsender</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                       |                                      |

# Probenliste

| Tierhalter | Entnahmedatum | Seite | von |
|------------|---------------|-------|-----|
|            |               |       |     |

| Nr. | Tierkennzeichnung<br>(LOM, Chip, Name) |  | Nr. | Tierkennzeichnung<br>(LOM, Chip, Name) |  |
|-----|----------------------------------------|--|-----|----------------------------------------|--|
| 1   |                                        |  | 26  |                                        |  |
| 2   |                                        |  | 27  |                                        |  |
| 3   |                                        |  | 28  |                                        |  |
| 4   |                                        |  | 29  |                                        |  |
| 5   |                                        |  | 30  |                                        |  |
| 6   |                                        |  | 31  |                                        |  |
| 7   |                                        |  | 32  |                                        |  |
| 8   |                                        |  | 33  |                                        |  |
| 9   |                                        |  | 34  |                                        |  |
| 10  |                                        |  | 35  |                                        |  |
| 11  |                                        |  | 36  |                                        |  |
| 12  |                                        |  | 37  |                                        |  |
| 13  |                                        |  | 38  |                                        |  |
| 14  |                                        |  | 39  |                                        |  |
| 15  |                                        |  | 40  |                                        |  |
| 16  |                                        |  | 41  |                                        |  |
| 17  |                                        |  | 42  |                                        |  |
| 18  |                                        |  | 43  |                                        |  |
| 19  |                                        |  | 44  |                                        |  |
| 20  |                                        |  | 45  |                                        |  |
| 21  |                                        |  | 46  |                                        |  |
| 22  |                                        |  | 47  |                                        |  |
| 23  |                                        |  | 48  |                                        |  |
| 24  |                                        |  | 49  |                                        |  |
| 25  |                                        |  | 50  |                                        |  |