

Landesuntersuchungsanstalt  
für das Gesundheits- und Veterinärwesen  
Sachsen

Eingangsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eingangsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Untersuchungsauftrag Serologie, Virologie, Molekularbiologie

### Tierhalter / Einsender (Anschrift)

Name, Vorname / Betrieb:

Straße, Nr.:

PLZ Ort:

Betriebs-Registriernummer nach ViehVerKV:  
(Angabe zwingend erforderlich)

1	4																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Tierarzt (Anschrift)

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ Ort:

Tierarzt-Registriernummer:  
(Angabe zwingend erforderlich)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Probenanzahl:

--	--	--	--	--

### Entnahmedatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Bestandsstatus

bezüglich: .....

- ungeimpft  
 geimpft

### Probenart:

- Blut ohne Zusatz  
 EDTA-Blut  
 Milch  
 Tupfer  
  
 .....

### Tierart:

- Schwein  
 Schaf  
 Ziege  
 Pferd  
  
 Huhn  
 Pute  
 Gans  
 Ente  
  
 .....

### Untersuchungsgrund

- Untersuchung im Auftrag des Tierhalters:  
 Handel  Quarantäne  Abklärung  
  
Amtlich angewiesene Untersuchung:  
 Gesamtbestand  Teilbestand  Abklärung  
  
 Untersuchung im Auftrag des TGD der TSK  
 Untersuchung gemäß Programm der TSK

### Untersuchung auf:

### Antikörper

### Antigen

<input type="checkbox"/> Aborterreger (lt. Prog. TSK)	<input type="checkbox"/> BTV	<input type="checkbox"/> Leptospirose (Serovare angeben)	<input type="checkbox"/> PRRSV	<input type="checkbox"/> ASP	<input type="checkbox"/> PCV2
<input type="checkbox"/> ASP	<input type="checkbox"/> CAE / Maedi	<input type="checkbox"/> Mycopl. gallisept.	<input type="checkbox"/> Salmonella	<input type="checkbox"/> BTV	<input type="checkbox"/> PRRSV
<input type="checkbox"/> Aujeszky	<input type="checkbox"/> Infektiöse Anämie	<input type="checkbox"/> Newcastle Disease	<input type="checkbox"/> WNF (West-Nil-Fieber)	<input type="checkbox"/> Infl. A	<input type="checkbox"/> SBV
<input type="checkbox"/> Beschälseuche	<input type="checkbox"/> Influenza A	<input type="checkbox"/> Paratuberkulose		<input type="checkbox"/> KSP	
<input type="checkbox"/> Brucellose	<input type="checkbox"/> KSP	<input type="checkbox"/> Porcines Parvovirus	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	

### Bemerkungen / Vorbericht:

Ich bestätige hiermit, dass mein Unternehmen sich nicht in Schwierigkeiten im Sinne der Rahmenregelung der EU für staatliche Beihilfen im Agrar-Sektor (ABl. C 204/ 01 v. 01.07.2014; ABl. C 403/ 06 v. 09.11.2018) befindet und falls eine Rückforderungsanordnung der EU besteht, mein Unternehmen dieser nachgekommen ist.

Unterschrift Tierarzt: ..... Unterschrift Tierhalter: .....

**Betriebs-Registriernummer nach ViehVerkV**

(Angabe zwingend erforderlich)

1	4																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Probenliste 

--	--	--

 von 

--	--	--

Nr.	Tierkennzeichen (Ohrmarke / Bucht / Stalleinheit)	Probe-ID (Barcode-Doublette bitte nur hier einkleben)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Nr.	Tierkennzeichen (Ohrmarke / Bucht / Stalleinheit)	Probe-ID (Barcode-Doublette bitte nur hier einkleben)
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		