



Untersuchungsantrag/Befund

STUA - Diagnostikzentrum, Löwenbreitestr. 18/20, 88326 Aulendorf

Eingangzeitpunkt Annahme von: Tagebuchnummer

Untersuchungsbeginn Gebühr

vollständige Anschrift des Tierbesitzers:

Ergebnis an

- Tierarzt Besitzer (schriftlich)
- per Telefax Nr. _____
- telefonisch Nr. _____
- schriftlich (nicht mehr bei Faxdurchgabe)

Rechnung an

- Tierarzt Besitzer
- Amtliche Untersuchung im Auftrag des Veterinäramts _____
- Tierseuchenkasse nach Leistungskatalog
- Untersuchung vom Tiergesundheitsdienst genehmigt Frau/Herr Dr. _____
- Ausschluss von Tierseuchenerregern

TSK-Nr.

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

HIT-Nr.

0	8																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ohne Tierhalternummer ist keine Kostenübernahme durch die Tierseuchenkasse möglich.

Hinweis: Von der Tierseuchenkasse oder vom Land nicht übernommene Untersuchungsgebühren müssen dem Einsender bzw. Tierbesitzer in Rechnung gestellt werden. Der Einsender haftet gem. § 4 LGebG als Gesamtschuldner, falls die Untersuchungsgebühren nicht von der Tierseuchenkasse übernommen oder vom Tierbesitzer eingezogen werden können.

Untersuchungsmaterial, Tierart, Rasse, Alter, Geschlecht, bes. Kennzeichen

- Untersuchung auf**
- bakteriologisch
 - Antibiogramm
 - pathologisch
 - parasitologisch
 - virologisch
 - serologisch
 - Sonstiges:

Vorbericht

Ort, Datum, Unterschrift des Einsenders

Ergebnismitteilung vorab / Beratung:

Inhalt: _____ an wen: _____

Dat./Nz. _____

betreuender Tierarzt:

Inhalt: _____ an wen: _____

Dat./Nz. _____

HIT-Nr.

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

Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.ua-bw.de einsehen. Alternativ erhalten Sie die Informationen auch direkt bei Ihrem Untersuchungsamt.

Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die vorgelegte(n) Probe(n). Der Prüfbericht darf ohne schriftliche Genehmigung des STUA Aulendorf – DZ nicht auszugsweise vervielfältigt werden. Der Kunde ist mit der verkürzten Befundmitteilung entsprechend der SOP033AL einverstanden. Formular: F01-SOP002PT09 Gültig ab 06.11.2018 Genehmigt von Dr. Müller