



Untersuchungsantrag Virologie Bern

Ref.Lab. Protokoll-Nr.

Auftraggeber (vollständige Adresse):
Name:
Adresse:
Plz,Ort:
Kanton:
@email / Tel:
Referenzperson:

Betrieb (vollständige Adresse):
Name / Vorname:
Adresse:
Plz,Ort:
Kanton:
@email / Tel:
TVD Nr:

Grund der Untersuchung:

- Amtlich angeordnet
 Ausstellung
 Abort
 Eintritt
 Export
 Import
 Klinischer Verdacht
 Quarantäne-Untersuchung
 Referenzanalyse
 Verstellung
 Wiederholungsuntersuchung
 Zukauf/Zucht
 Andere:

Tierart:

Datum der Probenentnahme:

	Rinder	Ziegen / Schafe	Pferde
Antikörpernachweis <input type="checkbox"/> Serum EDTA-Blut (Ziegen & Schafe) Andere:	<input type="checkbox"/> IBR, IPV ELISA <input type="checkbox"/> Leukose ELISA <input type="checkbox"/> BVD ELISA <input type="checkbox"/> BVD SNT <input type="checkbox"/> BVD / BD X-SNT <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3	<input type="checkbox"/> CAEV / MVV ELISA (mit EDTA-Blut)	<input type="checkbox"/> EIA Coggins (Im-/Export) <input type="checkbox"/> Equine Virusarteritis (EVA) ELISA <input type="checkbox"/> Rhinopneumonitis (EHV-4), Virusabort (EHV-1) ELISA
Erregernachweis <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Ohrgewebe <input type="checkbox"/> Ohrstanze <input type="checkbox"/> Kot <input type="checkbox"/> Nasentupfer <input type="checkbox"/> Sperma <input type="checkbox"/> FCS <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Andere :	<input type="checkbox"/> BVDV RT-qPCR <input type="checkbox"/> BVDV Ag ELISA <input type="checkbox"/> BVDV Virusisolation <input type="checkbox"/> Rotaviren Ag ELISA * <input type="checkbox"/> Coronaviren Ag ELISA * <input type="checkbox"/> BRSV RT-qPCR * <input type="checkbox"/> BPIV3 RT-qPCR *	<input type="checkbox"/> CAEV RT-qPCR <input type="checkbox"/> MVV RT-qPCR <input type="checkbox"/> JSRV RT-qPCR *	<input type="checkbox"/> Equine Herpes Virus (EHV) IF <input type="checkbox"/> Rotaviren Ag ELISA * <input type="checkbox"/> Equine Arteritis Virus (EVA) PCR

(* ausserhalb des akkreditierten Bereichs)

Probe	Ohrmarkennummer (OM) / Name / Erste Laborprobe ID	Referenz - Untersuchung <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx %	Probe	Ohrmarkennummer (OM) / Name / Erste Laborprobe ID	Referenz - Untersuchung <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx %
1			3		
2			4		

Kosten zu Lasten: Auftraggeber Tierseuchenkasse

(Achtung! Unvollständige oder nicht korrekt ausgefüllte Anträge werden nicht verarbeitet!)

Das Abändern des Formulars ist nicht erlaubt

Erfassung	Fachleitung
-----------	-------------



Probe	Ohrmarkennummer (OM) / Name / Erste Laborprobe ID	Referenz - Untersuchung <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx%	Probe	Ohrmarkennummer (OM) / Name / Erste Laborprobe ID	Referenz - Untersuchung <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx%
5			28		
6			29		
7			30		
8			31		
9			32		
10			33		
11			34		
12			35		
13			36		
14			37		
15			38		
16			39		
17			40		
18			41		
19			42		
20			43		
21			44		
22			45		
23			46		
24			47		
25			48		
26			49		
27			50		