|  |  |
| --- | --- |
| **UNTERSUCHUNGSANTRAG****Abteilung Veterinärmikrobiologie Graz****Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene \ Zentrum für lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten**Beethovenstraße 6, 8010 Graz Leitung: Dr. Heimo LaßnigTel: 0043(0)5 0555/62110 Fax: 0043(0)5 0555/62129 <http://www.ages.at/service/service-tiergesundheit/> | Das AGES-LOGO ist gekennzeichnet durch die Buchstaben AGES und durch die Kontur einer Frau mit erhobenen Armen. |

|  |
| --- |
| **Einsender/in:** Name: Straße: Postleitzahl/Ort: Tel-Nr: Fax-Nr.: E-Mail: wenn Besitzer/in: Lfbis Nr. Betrieb Mitgliedschaft TGD ❑ja ❑nein |

Bitte angeben, wenn nicht ident mit Einsender/in!

|  |
| --- |
| **Rechnungsempfänger/in:** Name: Straße: Postleitzahl/Ort: Tel-Nr: Fax-Nr.: E-Mail:  |
| **Zusätzliche Befundempfänger: ❑ Tierarzt/ Tierärztin ❑ Besitzer/ Besitzerin**Name:Straße: Postleitzahl/Ort:Tel-Nr: Fax-Nr.:E-Mail:Besitzer/in: Lfbis Nr. Betrieb Mitgliedschaft TGD ❑ja ❑nein |

|  |
| --- |
| **Untersuchungswunsch:**  Ich bin mit Durchführung mancher Untersuchungen an anderen AGES Instituten einverstanden |
| **Untersuchungsmaterial:** **Datum der Probenentnahme:** ………………… **Tierart /Rasse:** ……………………………………………………………………………………………………..**Geschlecht:** **❑** weibl. **❑** männl. **Alter:**  **Kennzeichnung (Tätowierung/OM-Nr.):** .  |
| **Anamnese (Vorbericht):**Todeszeitpunkt: Krankheitserscheinungen: Behandlung/Impfstatus: Zahl/verendete Tiere: ………... Zahl/erkrankte Tiere: ………… Bestandsgröße: Fütterung/Haltung:  |
| **Anmerkung:**  |

**Stempel, Unterschrift Einsender/in:**

………....………….......................…………………………….

Leistungsverzeichnis unter www.ages.at, preisauskunft\_VET@ages.at

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der AGES (www.ages.at).