

Untersuchungsauftrag für Mastitis-Proben

Kultureller Nachweis
(Bakteriologische Untersuchung)
inklusive Resistenzbestimmung

Herkunftsbetrieb

Betriebsregistriernummer (HIT-Nummer) _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Anschrift Einsender/Haustierarzt (Stempel):

Entnahmedatum:

.	.	.
Tag	Monat	Jahr

Vorbericht/ _____
sonstiges _____

- zusätzlicher kultureller Nachweis auf Hefen gewünscht
- zusätzliche Untersuchung auf Mycoplasma bovis (PCR) gewünscht

Proben-Poolung (PCR)? nein ja

Ifd. Nr.	Ohrmarke/Kennzeichnung pro Tier	Viertel	behandelt		wird vom Labor ausgefüllt	
			ja	nein	Zellzahl (1000 je ml)	Probe verändert

Ifd. Nr.	Ohrmarke/Kennzeichnung pro Tier	Viertel	behandelt		wird vom Labor ausgefüllt	
			ja	nein	Zellzahl (1000 je ml)	Probe verändert

Ergebnis an: Besitzer Tierarzt sonstige: _____
 Brief E-Mail Brief E-Mail Brief E-Mail

Rechnung an: Besitzer Tierarzt sonstige: _____

Wir bitten um die Angabe einer vollständigen und aktuellen Rechnungsanschrift.
Wir behalten wir uns vor, bei Unstimmigkeiten die Untersuchungsgebühren der einsendenden Praxis in Rechnung zu stellen.

Es gelten die AGB der LUFA Nord-West (siehe Internet: www.lufa-nord-west.de).
Die LUFA Nord-West ist ein Unternehmen der LWK Niedersachsen.
Den vollständigen Akkreditierungsumfang entnehmen Sie bitte unserer Urkundenanlage D-PL-14165-01-00 in Verbindung mit der „Liste aller Prüfverfahren im Akkreditierungsbereich“ auf unserer Homepage.