

Untersuchungsauftrag für Mastitisproben

Herkunftsbetrieb

Betriebsregistriernummer (HIT-Nummer) _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____

Telefax-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Anschrift Einsender/Haustierarzt (Stempel):

Zusätzliche Untersuchungen auf Hefen (kulturell) bzw. *Mycoplasma bovis* (PCR) bitte in der Liste der Proben ankreuzen!

Entnahme-Datum:

nur vom Labor auszufüllen

Lfd. Nr.	Ohrmarke Name Stall-Nr.	Hefen (kulturell)	<i>M. bovis</i> (PCR)	behandelt		Zellzahl (1000 je ml)	Zell-gehalt	<i>Sc. agalactiae</i>	<i>Sc. dysgalactiae</i>	<i>Sc. uberis</i>	<i>Sc. Serogr. D</i>	häm. Strept.	Staphylococcus aureus Biotypen							<i>Staph. aureus</i>	Koagulase negative Staph. Bakterien	Coliforme Bakterien	<i>Klebs. pneumoniae</i>	<i>E. coli</i>	Hefen	sonstige			
				ja	nein								1	2	3	4	5	6	7										

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.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____