

## Untersuchungsauftrag Zuchthygienische Untersuchung einer Stute

### Herkunftsbetrieb

Betriebsregistriernummer (HIT-Nummer) \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Anschrift Einsender/Haustierarzt (Stempel):

Probenmaterial: **Tupfer** Anzahl: \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: 

.	.	.
Tag	Monat	Jahr

Bezeichnung der Stute:

eingetragener Name, Nummer, Farbe, Geburtsjahr

### Vorbericht:

<input type="checkbox"/> Jahr der letzten Bedeckung _____	<input type="checkbox"/> zur Zeit in Rosse	<input type="checkbox"/> Jahr der letzten Abfohlung _____
<input type="checkbox"/> güst geblieben	<input type="checkbox"/> rosst zum _____ Male um	<input type="checkbox"/> verfohlt, Fruchtresorption, Schwer-, Tot-, Frühgeburt und Nachgeburtsverhalten
<input type="checkbox"/> zugekauft		
<input type="checkbox"/> nicht in Rosse	<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung _____	

Auftragsnummer der 1. Untersuchung

### Klinische Beurteilung:

<input type="checkbox"/> ohne besonderen Befund	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Endometritis	<input type="checkbox"/> Endometritis
<input type="checkbox"/> sonstige Befunde _____		

### Tupferentnahme:

<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Klitorissinus
---------------------------------	---------------------------------	--

### Untersuchung auf:

<input type="checkbox"/> pathogene Keime	<input type="checkbox"/> CEM u. pathogene Keime	<input type="checkbox"/> nur CEM
--	---	----------------------------------

### CEM (Kontagiöse equine Metritis durch Taylorella equigenitalis):

mittels PCR (trockener Tupfer ohne Medium und Kochsalzlösung; möglichst gekühlt, nach spätestens 48 Stunden im Labor)

kulturell nach kanadischen Einfuhrbestimmungen (Kohlemedium gekühlt, nach spätestens 48 Stunden im Labor)

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, gegebenenfalls die Gebühren der einsendenden Praxis in Rechnung zu stellen.

Es gelten die AGB der LUFA Nord-West (siehe Internet: [www.lufa-nord-west.de](http://www.lufa-nord-west.de)).  
Die LUFA Nord-West ist ein Unternehmen der LWK Niedersachsen.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_