



Kontaktdaten

Tierarzt | Einsender

Praxis | Ansprechpartner*

Straße* Hausnummer*

PLZ* Ort / Ortsteil*

Rufnummer* E-Mail*

Tierhalter

Name*

Straße* Hausnummer*

PLZ* Ort / Ortsteil*

E-Mail*

Befund an: Tierarzt Tierhalter Sonstiger*
 Rechnung an: Tierarzt Tierhalter Sonstiger*
 Sonstiger*

* Pflichtangaben



Diagnostik

Tierart



Hund



Katze



Pferd



Kaninchen



Ziervogel



Hamster/Meerschwein

Sonstige

Name | interne Kennung des Tieres

Datum Probenahme

Probenmaterial

Kot Urin Serum/Blut
 Analtupfer Hauttupfer Nasentupfer
 Sonstiges

Vorbericht / Bemerkungen

Untersuchungsart

Bakteriologische Untersuchung Erregertypisierung Sonstige
 Mykologische Untersuchung Empfindlichkeitsprüfung
 Parasitologische Untersuchung



Autovakzine

Komponenten (Spezies und Typ)

Antigen 1 Antigen 4
 Antigen 2 Antigen 5
 Antigen 3

Mit meiner Unterschrift beauftrage ich die INVAC Deutschland GmbH mit der kostenpflichtigen Untersuchung des eingereichten Probenmaterials bzw. der kostenpflichtigen Herstellung einer Autovakzine.



Ort, Datum, Unterschrift*

