



Kundennummer

## Kontaktdaten

### Tierarzt

Praxis | Ansprechpartner\*

Straße\* Hausnummer\*

PLZ\* Ort / Ortsteil\*

Rufnummer\*

E-Mail\*

### Tierhalter

Name\*

Straße\* Hausnummer\*

PLZ\* Ort / Ortsteil\*

E-Mail\*

\* Pflichtangaben

Befund an:  Tierarzt  Tierhalter  Sonstiger\*

Rechnung an:  Tierarzt  Tierhalter  Sonstiger\*



## Autovakzine

### Komponenten (Spezies und Typ)

Antigen 1

Antigen 2

Antigen 3

Antigen 4

Antigen 5



## Diagnostik

### Tierart

Hund  Katze  Pferd  Kaninchen

Ziervogel  Hamster/Meerschwein

Sonstige

### Name | interne Kennung des Tieres

### Vorbericht / Bemerkungen

### Untersuchungsart

Bakteriologische Untersuchung

Mykologische Untersuchung

Parasitologische Untersuchung

Erregertypisierung  Empfindlichkeitsprüfung

Sonstige

### Probenmaterial

Kot  Urin  Serum/Blut

Analtupfer  Hauttupfer  Nasentupfer

Sonstige

Mit meiner Unterschrift beauftrage ich die INVAC Deutschland GmbH mit der kostenpflichtigen Untersuchung des eingereichten Probenmaterials bzw. der kostenpflichtigen Herstellung eines bestandsspezifischen Impfstoffes.



Ort, Datum, Unterschrift\*

