

Prøvemateriale sendes til:
 Bülowvej 27, 1870 Frederiksberg C
 Tlf. 3588 6819 Fax 3588 6230

Blanketten kan hentes fra www.dtu.dk

Dyr læge / praksis (stempel) Mobil og faxnr. CVR / VAT Nr.		Ejer, navn og adresse (hvis forsk. fra besætningsadresse)		Besætningsadresse																			
Praksisnr.			CHR-nr.																				
Besætningstype / status			Udtagelsesdato																				
Antal dyr		Materiale		Alder																			
Besætningsanamnese																							
Abort		Diarre		Hudlidelse																			
CNS-symptom		Dødsfald		Ledlidelse																			
				Luftvejslidelse																			
				Reprod. problem																			
				Andet																			
Specifikke undersøgelser, som ønskes foretaget																							
Undersøgelser		Parasitologi		Patologi																			
Bakteriologisk undersøgelse		Parasitæg/-oocyster (ved McMaster)		Obduktion (inkl. Bakteriologi og histopatologi efter laboratoriets vurdering)																			
Anaerob bakt. undersøgelse		Identifikation af parasitter ved mikroskopi																					
Resistensundersøgelse / MIC		Hudskrab/hår (skabmider/lus)																					
Mykologisk undersøgelse		Hjerte-/lungeormlarver (Baermann)																					
Salmonella		Cryptosporidium og Giardia		Histologi																			
Campylobacter		Trichinella spp. (Digestion)		Organer/ufixeret materiale																			
Botulisme, udbrud/mistanke				Fixeret materiale																			
Botulisme, foderkontrol				Cytologisk materiale																			
Virus																							
Hvalpesyge (IF eller PCR)																							
Parvovirus (ELISA fæces)																							
Parvovirus (histologi)																							
Myxomatose (PCR)				Efter laboratoriets vurdering																			
Andre undersøgelser/Supplerende bemærkninger																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nr.</th> <th>Mærke</th> <th>Anamnese beskrivelse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Nr.	Mærke	Anamnese beskrivelse	1			2			3			4			5		
Nr.	Mærke	Anamnese beskrivelse																					
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
Dyr lægens autorisationsnummer og underskrift			Udfyldes kun, hvis fakturaen betales af en offentlig institution																				
----- Ved min underskrift tiltræder jeg Dianova's generelle forretningsbetingelser, som jeg har læst og accepterer			EAN nr. Ordre- eller rekvisitionsnummer: Person- eller anden reference: Internt konteringsnummer:																				