



/	/ /
---	-----

Sektionsauftrag

Praxisstempel/Unterschrift

I. Angaben zum Tier

Tierhalter _____

Tierart/Rasse _____
Alter _____
Geschlecht _____

Datum

II. Angaben zur Krankheit

Klinischer Vorbericht

- Weitere Tiere im Bestand: nein ja ; miterkrankt: nein ja
- verendet am getötet am mit.....

• **Weiterführende Untersuchungen bei Verdacht :** (kostenpflichtig)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> erwünscht | <input type="checkbox"/> nicht erwünscht |
| <input type="checkbox"/> Bakteriologische US | <input type="checkbox"/> Mykologische US |
| <input type="checkbox"/> Virologische US | <input type="checkbox"/> Parasitologische US |
| <input type="checkbox"/> Toxikologische US | |
| <input type="checkbox"/> Resistogramm | |

- **Befund per:** Post Fax _____
 e-mail _____

- **Rechnung an:** Tierarzt Tierhalter* _____
Unterschrift des Tierhalters

*Rechnungslegung an den Tierhalter erfolgt nur gegen dessen Unterschrift.