

An das Bakteriologische Labor des NÖ Tiergesundheitsdienstes Schillerring 13 3130 Herzogenburg Tel.: 02782/ 84109 Fax: 02782/ 81035-20 E-Mail: vfl@noe-tgd.at	UNTERSUCHUNGSANTRAG BAKTERIOLOGISCHE MILCHUNTERSUCHUNG	BU-Nr.: Eingang: Erledigt:										
Tierhalter LFBIS Name..... Straße..... PLZ, Ort..... TGD-Mitglied: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Grund der Probeneinsendung <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 Hoher Zellgehalt</td> <td style="width: 50%;">6 Kontrolle vor Trockenstellen</td> </tr> <tr> <td>2 Milchveränderung</td> <td>7 Kontrolle für Versteigerung</td> </tr> <tr> <td>3 Euterschwellung</td> <td>8 Kontrolle nach Verkauf</td> </tr> <tr> <td>4 Zitzenverletzung</td> <td>9 Kontrolle nach Behandlung</td> </tr> <tr> <td>5 Eutererkrankung mit Fieber</td> <td>10</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Bestandsproblem <input type="checkbox"/> Einzeltierkrankung		1 Hoher Zellgehalt	6 Kontrolle vor Trockenstellen	2 Milchveränderung	7 Kontrolle für Versteigerung	3 Euterschwellung	8 Kontrolle nach Verkauf	4 Zitzenverletzung	9 Kontrolle nach Behandlung	5 Eutererkrankung mit Fieber	10
1 Hoher Zellgehalt	6 Kontrolle vor Trockenstellen											
2 Milchveränderung	7 Kontrolle für Versteigerung											
3 Euterschwellung	8 Kontrolle nach Verkauf											
4 Zitzenverletzung	9 Kontrolle nach Behandlung											
5 Eutererkrankung mit Fieber	10											

Probennahme am: durch: <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Hofberater/KA		klin. erkr. Viertel*		Schalm- test	Zyto	Laborprotokoll
Lfd.Nr.	Name:		rv			
	OM-Nr.:		rh			
	Grund der Probeneinsendung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> frischmelkend <input type="checkbox"/> altmelkend <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Vorbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		lv			
			lh			
Lfd.Nr.	Name:		rv			
	OM-Nr.:		rh			
	Grund der Probeneinsendung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> frischmelkend <input type="checkbox"/> altmelkend <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Vorbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		lv			
			lh			
Lfd.Nr.	Name:		rv			
	OM-Nr.:		rh			
	Grund der Probeneinsendung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> frischmelkend <input type="checkbox"/> altmelkend <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Vorbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		lv			
			lh			
Lfd.Nr.	Name:		rv			
	OM-Nr.:		rh			
	Grund der Probeneinsendung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> frischmelkend <input type="checkbox"/> altmelkend <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Vorbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		lv			
			lh			
Lfd.Nr.	Name:		rv			
	OM-Nr.:		rh			
	Grund der Probeneinsendung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> frischmelkend <input type="checkbox"/> altmelkend <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Vorbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		lv			
			lh			

* bitte klinisch erkranktes Viertel angeben

Tierhalter:

 (Unterschrift)

Tierarzt (für die Übersendung des Antibiogramms unbedingt angeben)
