|  |  |
| --- | --- |
| **UNTERSUCHUNGSANTRAG**  **Abteilung Veterinärmikrobiologie Graz**  **Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene \ Zentrum für lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten**  Beethovenstraße 6, 8010 Graz  Leitung: Dr. Heimo Laßnig  Tel: 0043(0)5 0555/62110 Fax: 0043(0)5 0555/62129 <http://www.ages.at/service/service-tiergesundheit/> | Das AGES-LOGO ist gekennzeichnet durch die Buchstaben AGES und durch die Kontur einer Frau mit erhobenen Armen. |

|  |
| --- |
| **Einsender/in:**  Name:  Straße: Postleitzahl/Ort:  Tel-Nr: Fax-Nr.:  E-Mail:  wenn Besitzer/in: Lfbis Nr. Betrieb Mitgliedschaft TGD ❑ja ❑nein |

Bitte angeben, wenn nicht ident mit Einsender/in!

|  |
| --- |
| **Rechnungsempfänger/in:**  Name:  Straße: Postleitzahl/Ort:  Tel-Nr: Fax-Nr.:  E-Mail: |
| **Zusätzliche Befundempfänger: ❑ Tierarzt/ Tierärztin ❑ Besitzer/ Besitzerin**  Name:  Straße: Postleitzahl/Ort:  Tel-Nr: Fax-Nr.:  E-Mail:  Besitzer/in: Lfbis Nr. Betrieb Mitgliedschaft TGD ❑ja ❑nein |

|  |
| --- |
| **Untersuchungswunsch:**  Ich bin mit Durchführung mancher Untersuchungen an anderen AGES Instituten einverstanden |
| **Untersuchungsmaterial:**  **Datum der Probenentnahme:** …………………  **Tierart /Rasse:** ……………………………………………………………………………………………………..  **Geschlecht:** **❑** weibl. **❑** männl. **Alter:**  **Kennzeichnung (Tätowierung/OM-Nr.):** . |
| **Anamnese (Vorbericht):**  Todeszeitpunkt:  Krankheitserscheinungen:  Behandlung/Impfstatus:  Zahl/verendete Tiere: ………... Zahl/erkrankte Tiere: ………… Bestandsgröße:  Fütterung/Haltung: |
| **Anmerkung:** |

**Stempel, Unterschrift Einsender/in:**

………....………….......................…………………………….

Leistungsverzeichnis unter www.ages.at, preisauskunft\_VET@ages.at

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der AGES (www.ages.at).