

Wenn Sie eine automatische Mitteilung über den Stand der Bearbeitung Ihrer Proben erhalten möchten, dann geben Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adresse an:

(bitte gut lesbar in Druckbuchstaben angeben)

Tauros Diagnostik GbR
Niederwall 5
D-33602 Bielefeld

Auftrag zur Vogeluntersuchung

Firma: _____ PLZ/Ort: _____
 Name: _____ Tel.: _____
 Strasse: _____ Fax: _____

Bitte tragen Sie die Vogelart und die Ringnummer ein und kreuzen Sie die gewünschte Analyse an.
Wichtig: Bitte Einmalhandschuhe für die Probenentnahme zum Nachweis von Krankheitserregern verwenden!

- Geschlecht** = Geschlechtsbestimmung (**frisch** gezupfte Feder)
- Chlamydiose** = Chlamydien (Blut oder Kloakenabstrich oder Kot)
- PBFD** = Circoviren (Blut oder Kloakenabstrich oder Blutfeder)
- APV** = Polyomaviren (Blut oder **frisch** gezupfte Feder)
- PDD** = Bornaviren (Kloakenabstrich oder Blut)

Vogelart	Identifikation (Ringnummer, o.ä.)	Geschlecht	Chlamydiose	PBFD	APV	PDD
1) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Ort/Datum

 Unterschrift