

Tauros Diagnostik GbR
Niederwall 5
D-33602 Bielefeld

Nur vom Labor auszufüllen:

Auftragsnummer:

Kundennummer:

Probeneingang:

Ergebniszustellung:

Rechnungsnummer:

Auftrag zur Untersuchung von Fischkrankheiten

Angaben zum Auftraggeber

Firma:	Tel.:
Name:	Fax:
Strasse:	e-mail:
PLZ/Ort:	Kunden-Nr.:

Angaben zum Tierhalter / Rechnungsadresse

Firma:	Tel.:
Name:	Fax:
Strasse:	e-mail:
PLZ/Ort:	

Angaben zur Untersuchung

Fischart/Herkunft:

Identifikation (z.B. Becken, Züchter)	Art der Probe (z.B. Kiemengewebe)					
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"/>

KHV - Semi- / Nested PCR*
 KHV - Standard PCR**
 Rotmaulseuche
 Kaltwasserkrankheit
 Columnarierkrankheit
 Furunkulose

Ergebnismitteilung: Fon Fax Post e-mail

* Test auf latente KHV-Infektion (Carrier-Untersuchung)
 ** Test auf akute KHV-Infektion

.....
 Ort/Datum

.....
 Unterschrift