

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

DKB-Nr. :
 21



Auftrag zur Vogeluntersuchung

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

Bitte tragen Sie die Vogelart und die Ringnummer der Tiere ein und kreuzen Sie die gewünschte Analyse an.
Wichtig: Bitte verwenden Sie bei der Probenentnahme zum Nachweis von Krankheitserregern für jeden Vogel frische Einweghandschuhe!

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

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