

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