**Eingang:** **Ausgang:** **Sekant:** **Tgb.-Nr.:**

| **Tierbesitzer:** | | **Behandelnder Tierarzt:** | |
|---|---|---|---|
| Vor- u. Zuname: | | Name: | |
| Straße: | | Straße: | |
| Wohnort/ PLZ: | | Wohnort/ PLZ: | |
| Telefon: | | Telefon: | |
| Telefax/ Mail: | | Telefax/ Mail: | |
| **Tierart/ Rasse:** | | **Kennzeichen:** | |
| **HIT-Nr.** (nur bei landwirtschaftlichen Nutztieren) | | | |

| Alter | | Geschl. | | Gew.(kg) | | gestorben | | getötet | | am | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## Vorbericht für Sektionen von Tierkörpern (bitte sorgfältig ausfüllen)

**Ich verzichte auf meine Eigentumsrechte an der Tierleiche und ihrer Teile.**

**Krankheitserscheinungen und Krankheitsverlauf von eingesandtem(n) Tier(en):**

Keine Krankheitserscheinungen ☐

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fieber | ☐ | Schnupfen | ☐ | Krämpfe | ☐ |
| Apathie | ☐ | Husten | ☐ | Zittern | ☐ |
| Fressunlust | ☐ | Lahmheiten | ☐ | Lähmungen | ☐ |
| Durchfall | ☐ | Hauterkrankungen | ☐ | Schiefe Kopfhaltung | ☐ |

Weitere Erscheinungen:

Wann erkrankte das Tier? Verdachtsdiagnose:

Eine Behandlung erfolgte: ☐ nein ☐ ja, mit

Welche Impfungen wurden durchgeführt?

Das Tier ☐ stammt aus eigener Nachzucht

☐ wurde gekauft am:

Ich beantrage die Untersuchung: ☐ auf Krankheits-/Todesursache

☐ auf

**Bei Bestandsproblematik** bitte folgende Fragen beantworten:

Bestandsgröße:

Haltung:

Fütterung:

Anzahl der erkrankten Tiere: davon verendet:

Wann erkrankte das erste Tier?

Erläuterungen:

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung auf der Homepage des o.a. CVUA zur Kenntnis genommen zu haben.*

_____ _____

Datum Unterschrift

*Bitte prüfen Sie bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse auch Ihren Spam-Ordner zum Erhalt des Befundes (Absender: svc_blome).*