

# UNTERSUCHUNGS-ANTRAG



TgbNr  
Eingang  
Erledigt

**TIERARZT\***) Name, Straße/Nr, PLZ, Ort

**TIERHALTER/BETRIEB\***)  
LFBISNr

--	--	--	--	--	--	--	--

Name .....

Straße/Nr .....

PLZ/Ort .....

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

<b>TGD Betrieb</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<b>Datum Probenahme</b>
<b>Tierart</b>	<input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Schaf <input type="checkbox"/> Ziege <input type="checkbox"/> Sonstige:		
<b>Einsendegrund</b>	<input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Quarantäne <input type="checkbox"/> Verkauf <input type="checkbox"/> Abklärung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Tierkategorie/Untersuchungsmaterial/Tieridentität/ProbenNr			
Vorbericht/Therapie/Verdachtsdiagnose			

Allgemeine Untersuchungen		Untersuchungen – Schwein		AK	AG	Untersuchungen – Schaf		AK	AG
Sektion <u>ohne</u> weiterführ. Untersuch.	<input type="checkbox"/>	Actinobacillus pleuropn., ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Maedi/Visna, ELISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sektion <u>mit</u> weiterführ. Untersuchung	<input type="checkbox"/>	Haemophilus parasuis, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Brucella ovis, ELISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bakt. Untersuchung + Antibiogramm	<input type="checkbox"/>	Leptospiren, MAT/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pseudotuberkulose, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parasitologische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	PCV-2, IgG-IgM, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Leptospiren, MAT/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Histologische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	PRRSV, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Chlamydien, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Untersuchungen – Rind		AK	AG			Untersuchungen – Ziege		AK	AG
Paratuberkulose, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				CAE, ELISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leptospiren, MAT/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Pseudotuberkulose, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chlamydien, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Leptospiren, MAT/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neospora, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Chlamydien, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coxiella burnetii, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Paratuberkulose, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BRSV, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Parainfluenza 3, ELISA/PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Rota/Corona/E.coli/Krypto, ELISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**Abkürzungen:**  
AK = Antikörper, AG = Antigen

<b>Andere Untersuchung/en</b> (TGD Kostenbeteiligung <u>nur wenn</u> Genehmigungszahl angeführt ist)	<b>Genehmigungszahl</b>
Untersuchungsergebnisse	

**Kostenübernahme**  
Eine Kostenbeteiligung durch den Oö. TGD erfolgt nur für Oö. TGD Betriebe. Die Verrechnung des allfälligen Selbstbehaltes bzw. der gesamten Untersuchungskosten (NICHT-TGD Betriebe) erfolgt durch den Oö. TGD.

**Datenschutz**  
Ich bin einverstanden, dass die angegebenen Daten zum Zwecke der Befunderstellung, Abrechnung, Bereitstellung der Daten für zugangsberechtigte Personen oder Organisationen (z.B. TGD Betreuungstierarzt) vom Oö. TGD verarbeitet werden. Weitere Informationen zum Datenschutz: [www.ooe-tgd.at/Datenschutz](http://www.ooe-tgd.at/Datenschutz).

Unterschrift Tierhalter

Unterschrift Tierarzt