

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

Auftrag zur Untersuchung von Fischkrankheiten

Angaben zum Auftraggeber / Rechnungsadresse

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

Befundkopie an:

Name: Dr. Achim Bretzinger
Straße: Wittelsbacherplatz 6
PLZ/Ort: 89415 Lauingen
Tel.: 09072-921149
Email: befunde@bretzinger.de

- KHV** = Koi-Herpesvirus / Koiseuche
- CEV** = Carp Edema Virus / Schlafkrankheit
- Columnaris** = F. columnaris / Columnariskrankheit
- Kleiner Gesundheitscheck** = Test auf KHV + CEV
- Großer Gesundheitscheck** = Test auf KHV + CEV + F. columnaris

Wichtig: Bitte für die Analysen nur Gewebe von max. 2 Fischen in einer Probe zusammenfassen!

Fischart/Herkunft: _____

Identifikation (z.B. Becken, Züchter)	Art der Probe (z.B. Kiemengewebe)	KHV	CEV	Columnaris	Kleiner Gesundheitscheck	Großer Gesundheitscheck
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