

Klinisches Labor
 der Klinik für Rinder
 Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover
 Bischofsholer Damm 15
 30173 Hannover

Tel.: 05 11/8 56 - 74 91

Eingangsdatum:
E-Nr.:

TIERBESITZER

Name: Vorname:
 PLZ: Ort:
 OT/Str.:
 Tel.:
 Rechnung an:

HAUSTIERARZT (Adr. inkl. Fax !)

Fax-Nr. _____

Untersuchungsmaterial: Blutproben von **Rind (3 Wochen -1 Jahr)**
 (Anzahl) (Tierart)

ANALYSENAUFTRAG
SCREENING ERBLICHE FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNG

Für Variante a) bitte ein SERUMRÖHRCHEN

Für Variante b) bitte ein SERUM- UND ein EDTARÖHRCHEN

a.) Blutproben nur Screening bez. erblicher Fettstoffwechselstörung

Cholesterinbestimmung (€ 2,- je Probe zzgl. Mwst.)

Cholesterinbefunde die auf eine mögliche erbliche Fettstoffwechselstörung hinweisen (Gehalte geringer als 0,4 mmol/l) und eingesandte Daten werden in Kopie an das VIT (z.H. Herr Segelke) zu Forschungszwecken weiter geleitet.

b.) Blutproben (Klinisches Labor):

Weitergehende labordiagnostische Untersuchung nur im Falle von Cholesterinwerten, die keinen Hinweis auf das Vorliegen der erblichen Fettstoffwechselstörung geben:

Wenn dieses Feld angekreuzt wird, nehmen wir Kontakt mit dem/-r einsendenden Tierarzt/-in auf, um weitergehende labordiagnostische Möglichkeiten und deren Kosten zu klären.

VORBERICHT: Klinische Symptome seit
 Behandlung

Proben-Nr.	Var b.*	Ohrmarke	Alter	Abgesetzt		Fütterung (Vollmilch / MAT/....)	Bemerkungen
				Ja	Nein		
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* bitte ankreuzen wenn neben Variante a auch Variante b gewünscht wird

Unterschrift des Auftraggebers:.....