



Institut für Molekulare Diagnostik Bielefeld

Dr. Friederike Poche-de Vos / Dr. Peter de Vos
Postfach 10 21 73, D-33521 Bielefeld, Tel.: 0521 - 400 760 70, Fax.: 0521 - 400 760 80,
e-mail: info@geschlechtsbestimmung.de, web: www.geschlechtsbestimmung.de

Untersuchungsauftrag für die Vogeldiagnostik

Absender	Kunden-Nr.:	<input type="text"/>	
Name:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	e-mail:	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>		
Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>

Achtung: Für den Nachweis der Krankheitserreger ist es sehr wichtig, dass die Probenentnahme bei jedem Vogel mit neuen Einmalhandschuhen erfolgt und dass geeignetes Versandmaterial verwendet wird! (siehe unsere homepage)

Geschlecht ♂/♀: Frisch gezupfte Feder, Blut, Eischale
APV: Frisch gezupfte Feder, Blut
PBFDV: Frisch gezupfte Feder, Blut
C. psittaci: Abstrich (Rachen + Kloake) und Blut
ABV (PDD): Abstrich (Rachen + Kloake) und frisch gezupfte Federn

Bitte tragen Sie die Angaben zur **Vogelart** und **Ringnummer** in die Tabelle ein und **kreuzen** Sie die **gewünschte Diagnostik** in den aktivierten Feldern an.

Vogelart / Spezies	Ring- / Chip-Nr.	♂/♀	APV	ABV (PDD)	PBFDV	C. psittaci
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

