



Untersuchungsantrag Milchproben

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 91522 Ansbach, Kaltengreuther-Str. 1 | <input type="checkbox"/> 0981/972010 | <input type="checkbox"/> 84034 Landshut, Klötzlmüllerstr. 1 | <input type="checkbox"/> 0871/4306360 |
| <input type="checkbox"/> 95447 Bayreuth, Adolf-Wächter-Str. 12 | <input type="checkbox"/> 0921/764800 | <input type="checkbox"/> 85586 Poing, Senator-Gerauer-Str. 23 | <input type="checkbox"/> 089/9091-240 |
| <input type="checkbox"/> 94469 Deggendorf, Graffinger Str. 83 | <input type="checkbox"/> 0991/371280 | <input type="checkbox"/> 97359 Schwarzach, Stadtschwarzacher Str. 18 | <input type="checkbox"/> 09324/97210 |
| <input type="checkbox"/> 89340 Leipheim, Am Tower 4 | <input type="checkbox"/> 08221/5005 | <input type="checkbox"/> 92421 Schwandorf, Hoher-Bogen-Str. 10 | <input type="checkbox"/> 09431/71340 |
| <input type="checkbox"/> 87437 Kempten, Spitalhofstr. 7 | <input type="checkbox"/> 0831/575250 | <input type="checkbox"/> 83278 Traunstein, Kardinal-Faulhaber-Str. 15 | <input type="checkbox"/> 0861/209330 |



Achtung: Zur Rücksendung Proben in Plastiktüte verschließen!

Tiergesundheitsdienst Bayern e.V., 85586 Poing, Senator-Gerauer-Straße 23

Nachname (Landwirt)

Nachname (Hofierarzt)

Vorname

Vorname

Straße

Straße

PLZ

PLZ

Postzustellort

Postzustellort

Telefon

Telefon

Telefax

Telefax

E-Mail

E-Mail

Betriebsnummer (z.B. DE091234567890)

Probenahme am

durch Tierbesitzer Tierarzt

Erkranktes Viertel: VR HR VL HL

Kalbedatum

Schalmtest im Stall: VR HR VL HL

Behandelt: ja nein

Kuh (Name oder Nr.)

Behandelt am

Behandelt mit:

Vorbericht: Probeneinsendung wegen (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt, Ergebnis LKV:	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung
<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber
<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)
<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht. Info zu DeMinimis siehe www.btsk.de , TSK-Nr:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Untersuchung auf (Zutreffendes ankreuzen)*:

Mastitis einfach weitere Untersuchungswünsche:

Zellzahlbestimmung

Antibiotika-Empfindlichkeitsprüfung der isolierten Mastitiserreger (Resistenztest) (Zutreffendes ankreuzen)*:

nach fachlicher Erwägung des Labors nicht erwünscht

nach folgender Vorgabe:

Mit der Übermittlung der den Untersuchungsauftrag betreffenden Daten über unverschlüsselte E-Mail an mich und an die Kooperationspartner sowie beteiligte Dritte bin ich einverstanden. Die Informationen zum Datenschutz (s. unten) habe ich gelesen.

Bitte ankreuzen
Unterschrift
 Tierbesitzer

Bitte ankreuzen
Unterschrift
 Tierarzt

Auftragsdatum

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz teilen wir Ihnen folgende Informationen mit:

- Verantwortlicher: Tiergesundheitsdienst Bayern e. V. Senator-Gerauer-Str. 23, 85586 Poing Dr. Andreas Randt, Geschäftsführer, andreas.randt@tgd-bayern.de, +49 (0)89 9091 0; Michael Häscher, 1. Vorsitzender, gf@tgd-bayern.de.
- DSB: Thomas G.-E. Müller, Nymphenburger Str. 64, 80335 München, t.mueller@gvw.com, Tel: +49 89 6890770
- Zweck der Verarbeitung: Ihre Daten werden zur korrekten Abwicklung des Untersuchungsauftrags verarbeitet.
- Empfänger: Ihre Daten werden grundsätzlich nur durch Mitarbeiter des TGD sowie seiner Kooperationspartner/beteiligter Dritter verarbeitet.
- Eine Übermittlung in Drittländer ist nicht vorgesehen.
- Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre beim TGD gespeicherten personenbezogenen Daten, auf Berichtigung oder Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit.
- Sie haben jederzeit das Recht, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde gegen die Verarbeitung einzulegen.
- Die Bereitstellung der Daten ist zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung notwendig. Eine Nichtbereitstellung würde das Zustandekommen eines Vertrages verhindern.
- Die erteilte Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Nur vom Labor auszufüllen:

Tagebuch-Nr: M	Eingang:
--------------------------	-----------------



Untersuchungsantrag Milchproben

- | | | | |
|--|---------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> 91522 Ansbach, Kaltengreuther Str. 1 | ☎ 0981/972010 | <input type="checkbox"/> 84034 Landshut, Klötzlmüllerstr. 1 | ☎ 0871/4306360 |
| <input type="checkbox"/> 95447 Bayreuth, Adolf-Wächter-Str. 12 | ☎ 0921/764800 | <input type="checkbox"/> 85586 Poing, Senator-Gerauer-Str. 23 | ☎ 089/9091-240 |
| <input type="checkbox"/> 94469 Deggendorf, Grafinger Str. 83 | ☎ 0991/371280 | <input type="checkbox"/> 97359 Schwarzach, Stadtschwarzacher Str. 18 | ☎ 09324/97210 |
| <input type="checkbox"/> 89340 Leipheim, Am Tower 4 | ☎ 08221/5005 | <input type="checkbox"/> 92421 Schwandorf, Hoher-Bogen-Str. 10 | ☎ 09431/71340 |
| <input type="checkbox"/> 87437 Kempten, Spitalhofstr. 7 | ☎ 0831/575250 | <input type="checkbox"/> 83278 Traunstein, Kardinal-Faulhaber-Str. 15 | ☎ 0861/209330 |

Laborbefund:

	SMT/ Sekret	Rohdatenerfassung			Zusatzuntersuchungen	Ergebnis
		Viertelausstrich	5-Ösen	Sab.- Agar		
A						
B						
C						
D						
Bemerkungen:						

Vorläufiger Befund:.....

Laborausgang:

Paraphe:

Datum Validierung:

validierender Tierarzt:

Nur vom Labor auszufüllen:

Tagebuch-Nr.: M	Eingang:
---------------------------	---------------------

Für Abrechnung	BU normal	
	Mykol.	
	MHK	
	ADT	
	Mykoplasmen, kulturell	
	Zellzahl	
	Sonstige	