


Einsender (Tierbesitzer/Stallbetreiber)	Behandelnder Tierarzt
Name: Anschrift: Telefon: E-Mail:	Dr. Markus Aschenbrenner Fachpraxis für Pferde – Osteopathie/ Chiropraktik Thierlstein 12, D-93413 Cham
	
Datum u. Unterschrift:	

Untersuchung (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> 1. McMaster-Verfahren; Eizahl pro Gramm Kot	Hauptuntersuchung der Selektiven Entwurmung
<input type="checkbox"/> 2. Kombinierte-Sedimentation-Flotation	Gezielter Bandwurm-Nachweis
<input type="checkbox"/> 3. Wirksamkeitskontrolle	McMaster-Verfahren 10-14 Tage nach Entwurmung
<input type="checkbox"/> 4. <i>Strongylus vulgaris</i> -DNA-Nachweis	PCR aus isolierten Eier; nach Flotation
<input type="checkbox"/> 5. Larvendifferenzierung nach Koprokultur	3 Tage Sammelkot; Dauer 14 Tage
<input type="checkbox"/> 6. <i>Oxyuris equi</i> -Nachweis	Klebestreifenabklatsch

Patientendaten	<i>Bei Einsendungen von mehr als 10 Tieren bitte ggf. Beiblatt verwenden.</i>
<input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Pony <input type="checkbox"/> Esel	
Probenentnahmedatum:	
Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> Import <input type="checkbox"/> Reise Land: _____ wann: _____	
Symptome/Bemerkungen:	

Material
<input type="checkbox"/> Kot
<input type="checkbox"/> Sammelkot (3 Tage)
<input type="checkbox"/> Kot 10-14 Tage nach Entwurmung
<input type="checkbox"/> Klebestreifenabklatsch
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Tier-Nr.	Tiername / Probenbeschriftung	Besitzer	Rasse	Alter	Geschlecht	Import?
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	