



INZENDFORMULIER MONSTERS RUNDEREN BACTERIOLOGISCH ONDERZOEK EN PARASieten FAECES ONDERZOEK

Aantal monsters:	Authorisatie	Ontvangst sticker:	Inzendnummer:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Melk</td> <td style="width: 25%;">Faeces</td> <td style="width: 25%;">Swab</td> <td style="width: 25%;">Diversen:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Serum</td> <td>EDTA</td> <td>Heparine</td> <td>Div bloed:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Gekoeld</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Ongekoeld</td> </tr> </table>	Melk	Faeces	Swab	Diversen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serum	EDTA	Heparine	Div bloed:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gekoeld		Ongekoeld		Datum	Deze ruimte niet beschrijven	
Melk	Faeces	Swab	Diversen:																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Serum	EDTA	Heparine	Div bloed:																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Gekoeld		Ongekoeld																					
		Paraaf																					

Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen.

GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.

Veehouder (eigenaar UBN): Adres: Postcode + Plaats:	UBN : <input type="text"/> Rel : <input type="text"/>
Dierenarts/praktijk: Plaats:	DAP Nr : <input type="text"/>
Overige : Postcode + Plaats:	Rel Nr : <input type="text"/>

Inzender is	Veehouder	Dierenarts	Overige	Engelse uitslag
Uitslag naar:	Veehouder	Dierenarts	Overige	
Rekening naar	Veehouder	Dierenarts	Overige	
Materiaal	Swab uit/van: _____ Overige: _____			

(Uitsluitend bij bacteriologisch onderzoek)

Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):

monsternummer	Levensnummer	Leeftijd	Kwartier LV,RV,LA,RA	ABG*		Mycoplasma** pool nr.
				alg.	myc	
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				
		<input type="text"/> dg wk mnd jr				

* ABG = Gevoeligheidsbepaling: alg = Algemeen. Max.1 gevoeligheidsbepaling per monster.

* ABG = Gevoeligheidsbepaling:myc = Mycoplasma (11623 en 11633). Aankruisen indien gewenst.

** Hier aangeven welke monsters in 1 pool. Pooling tot maximaal 3 monsters

Proef/Project GD-nr. _____	Datum monsternummer: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Tijd (uur:min.) monsternummer : <input type="text"/> : <input type="text"/>
----------------------------	---	---

Opdrachtgever	Toelichting / Anamnese
Naam: Handtekening: Datum:	

Bacteriën

Melk



*** cons. = geconserveerd

Faeces



Overig



Parasieten / Overig

Faeces

Overig



* Indien gewenst aankruisen
Geef aan op de voorkant van het formulier per monster in de kolom ABG*
of er een algemene gevoeligheidsbepaling uitgevoerd moet worden.

4* Monstermateriaal tijdig opsturen (<14 uur op werkdagen bij GD)

Monstermateriaal gekoeld opsturen.