

INZENDFORMULIER MONSTERS RUNDEREN (geen sectiemateriaal)

Aantal moi	Authc	Ontvangst s	Inzendnummer:	In te vullen door de GD
Melk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diversen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum Parafaf	Deze ruimte niet beschrijven		Deze ruimte niet beschrijven

Formulier VOLLEDIG invullen.

GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.

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

Inzender is:	Veehouder	Dierenarts	Overige	Engelse uitslag
Uitslag naar:	Veehouder	Dierenarts	Overige	
Rekening naar:	Veehouder	Dierenarts	Overige	

Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):	<input type="checkbox"/>
--	---

monsternummer	Levensnummer	monsternummer	Levensnummer
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

Proef/Project GD-nr.	-----
----------------------	-------

Datum monstername: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tijd (uur:min.) monstername : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

Opdrachtgever	Toelichting / Anamnese
Naam:	
Handtekening:	
Datum:	

Bacteriën

Bloed

*2

*2
*2

Melk

Overig

Opslag

Virussen

Bloed

*3
*2

*2

Melk

*3
*3

Overig

Parasieten

Bloed

Melk

Overig

Klinische Chemie

Bloed

⊕^{1*}

⊕^{1*}

Melk

Organen

Biopt

Toxicologisch

* cons. = geconserveerd

1* Monstermateriaal tijdig opsturen (<24 u op werkdagen bij GD).

*2 Dit onderzoek is gericht op een meldingsplichtige ziekte. Indien er klinische verschijnselen zijn, dan bent u wettelijk verplicht dit te melden aan de NVWA. Wilt u dit onderzoek door GD laten uitvoeren, dan gaat GD ervan uit dat de te onderzoeken dieren geen klinische verschijnselen van die ziekte vertonen. GD is niet het aangewezen laboratorium voor onderzoek in het kader van een verdenking.

*3 Dit onderzoek is gericht op een meldingsplichtige ziekte. Indien er klinische verschijnselen zijn, dan bent u wettelijk verplicht dit te melden aan de NVWA.

INZENDFORMULIER MONSTERS RUNDEREN BACTERIOLOGISCH ONDERZOEK EN PARASieten FAECES ONDERZOEK

Aantal monsters:

Authorisatie

Ontvangst sticker:

Inzendnummer:

In te vullen door de GD

Melk	Faeces	Swab	Diversen:	Datum Paraaf	Deze ruimte niet beschrijven	Deze ruimte niet beschrijven
<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					

Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen.

GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.

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

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* alg. myc	Mycoplasma** pool nr.
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> jr			
		<input type="checkbox"/> dg <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> mnd <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Tijd (uur:min.) monsternummer : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>
----------------------------	--	--

Opdrachtgever	Toelichting / Anamnese
Naam:	
Handtekening:	
Datum:	

Bacteriën

Melk



*** cons. = geconserveerd

Faeces



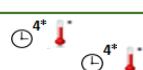
Overig



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 gevceligheidsbepaling uitgevoerd moet worden.
 Monstermateriaal tijdig opsturen (<14 uur op werkdagen bij GD)
 Monstermateriaal gekoeld opsturen.