

# INSTITUT FÜR TIERPATHOLOGIE

Dr. med. vet. W. Haider  
Fachtierarzt für Pathologie

Schönhauser Straße 62, 13127 Berlin  
Tel.: (030) 47488780 Fax: (030) 47488781



## Sektionsauftrag

/	/	/
---	---	---

--

Praxisstempel/Unterschrift

### I. Angaben zum Tier

Tierhalter \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tierart/Rasse \_\_\_\_\_  
Alter \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

--

Datum

### II. Angaben zur Krankheit

#### Klinischer Vorbericht


- Weitere Tiere im Bestand:  nein  ja ; miterkrankt:  nein  ja
- verendet am .....  getötet am ..... mit.....

#### • Weiterführende Untersuchungen bei Verdacht (kostenpflichtig):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> erwünscht           | <input type="checkbox"/> nicht erwünscht     |
| <input type="checkbox"/> Bakteriologische US | <input type="checkbox"/> Mykologische US     |
| <input type="checkbox"/> Virologische US     | <input type="checkbox"/> Parasitologische US |
| <input type="checkbox"/> Toxikologische US   |  |
| <input type="checkbox"/> Resistogramm        |  |

- **Befund per:**  Post  Fax/e-mail \_\_\_\_\_  
 Telefon

- **Rechnung an:**  Tierarzt  Tierhalter \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Tierhalters

\*Rechnungslegung an den Tierhalter erfolgt nur gegen dessen Unterschrift.