



Untersuchungsantrag Milchproben (10)

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <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

<p>Nachname (Landwirt) _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____</p> <p>Postzustellort _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Telefax _____</p> <p>E-Mail _____</p>	<p>Nachname (Hoftierarzt) _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____</p> <p>Postzustellort _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Telefax _____</p> <p>E-Mail _____</p>
--	---

Betriebsnummer (z.B. DE091234567890) _____

Probenahme am _____ durch Tierbesitzer Tierarzt

Anzahl eingesandte Kühe: _____

- Kühe bitte detailliert mit Name/Ohrmarke oder Stallnummer sowie Vorbericht auf der Rückseite des Untersuchungsantrages eintragen!
- Bitte Röhrchen mit fortlaufender Nummer und KUH-Nummer/Name beschriften!

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.

<input type="checkbox"/> Bitte ankreuzen Unterschrift Tierbesitzer	<input type="checkbox"/> Bitte ankreuzen Unterschrift Tierarzt	Auftrags- datum _____
---	---	--

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, +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: _____
--------------------------------	--------------------------

Lfd. Nr.	Kuh (Name oder Nr.)	krankes Viertel		Schalm-test Stall	Vorbericht: (bitte zutreffendes ankreuzen)	
		VR			<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung
1		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
				<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
	Barcode			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht	
2		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
3		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
4		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
5		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
6		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
7		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
8		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
9		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		
10		VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hoher Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Behandlung	
		HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milch verändert	<input type="checkbox"/> Datum:.....	
		VL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euterschwellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen	
		HL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eutererkrankung mit Fieber	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Einstellung/Zukauf	
	Barcode			<input type="checkbox"/> Zitzenverletzung(en)	<input type="checkbox"/> andere Gründe:.....	
			<input type="checkbox"/> gekalbt am:.....	<input type="checkbox"/> Krankheitsverdacht		

TSK- Nr. _____

Nur vom Labor auszufüllen:

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