

# Untersuchungsantrag



## Bakteriologische Milchuntersuchung

An:

<input type="radio"/> <b>Labor TGD-NÖ</b>  Schillerring 13 3130 Herzogenburg Tel.: 02782/84109	<input type="radio"/> <b>Milchlabor Landesreg. Steiermark</b>  Haus der Gesundheit, Friedrichgasse 9 8010 Graz	<input type="radio"/> <b>Qualitätslabor Niederösterreich</b>  Hans Czettel-Straße 2 3950 Gmünd Tel.: 02852/52702	<input type="radio"/> <b>Klinik für Wiederkäuer Vet.med.Univ. Wien</b>  Veterinärplatz 1 1210 Wien Tel.: 01/250 77 -5222
---	---	---	---

X) bitte zutreffendes Labor ankreuzen

Tierhalter:

**TIERARZT (BITTE IMMER ANGEBEN!)**

LFBIS-Nr. _____  Name: _____  Straße, Hausnummer _____  Postleitzahl, Ort _____  <b>E-Mail</b> _____	<b>E-mail:</b> _____
--	----------------------

Tierhalter ist Mitglied beim TGD-B: o ja o nein    Molkerei: o Bergland o NÖM o Direktvermarktung

Probenahme am:	durch: o Tierhalter o Tierarzt o KA/Hofberater
Grund	<input type="radio"/> Hoher Zellgehalt <input type="radio"/> Milchveränderung <input type="radio"/> Euterschwellung <input type="radio"/> Eutererkrankung mit Fieber <input type="radio"/> Zitzenverletzung
<input type="radio"/> Kontrolle nach Zukauf <input type="radio"/> Kontrolle nach Behandlung <input type="radio"/> Kontrolle vor dem Trockenstellen <input type="radio"/> Sonstiges:	
bereits behandelt am:	mit:

Ohrmarkennummer/Name	Euterviertel	Schalmtest *	sinnfällig verändert
	rechts vorne (rv)		
	rechts hinten (rh)		
	links vorne (lv)		
	links hinten (lh)		

\* - = normal / + = schwach positiv / ++ = mittelgradig positiv / +++ = stark positiv

Unterschrift Tierhalter: \_\_\_\_\_