

Wenn Sie eine automatische Mitteilung über den Stand der Bearbeitung Ihrer Proben erhalten möchten, dann geben Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adresse an:

(bitte gut lesbar in Druckbuchstaben angeben)

Tauros Diagnostik GbR
 Niederwall 5
 D-33602 Bielefeld

Auftrag zur Untersuchung von Fischkrankheiten

Angaben zum Auftraggeber

Firma: _____
 Name: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel.: _____
 Fax: _____

Angaben zum Tierhalter / Rechnungsadresse

Firma: _____
 Name: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel.: _____
 Fax: _____

Wichtig: Bitte für die Analyse des Koi-Herpesvirus (KHV) nur Gewebe von max. 2 Fischen in einer Probe zusammenfassen!

Fischart/Herkunft: _____

	Identifikation (z.B. Becken, Züchter)	Art der Probe (z.B. Kiemengewebe)
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____
6)	_____	_____
7)	_____	_____
8)	_____	_____
9)	_____	_____
10)	_____	_____

Koi-Herpesvirus	Columnarienkrankheit	Kaltwasserkrankheit	Rotmaulseuche	Furunkulose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum

Unterschrift