

E-mail: [vet-parasitologie@vetmed.uni-giessen.de](mailto:vet-parasitologie@vetmed.uni-giessen.de)

Fax-Nr.: 0641 99 38469

[http://www.uni-giessen.de/fbz/fb10/institute\\_klinikum/institute/parasitologie/diagnostik](http://www.uni-giessen.de/fbz/fb10/institute_klinikum/institute/parasitologie/diagnostik)

**Einsender (Stempel):**



**UNTERSUCHUNGSAНTRAG**

<b>Tierart:</b>	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Wildkaniden	<input type="checkbox"/> Wildfeliden
	<input type="checkbox"/> Marderartige, (Klein)bären:			

<b>Name/Kennzeichnung:</b>	<b>Alter:</b>
----------------------------	---------------

<b>Probe:</b>	<input type="checkbox"/> Kot	<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel / Haare
	<input type="checkbox"/> Vollblut (EDTA)	<input type="checkbox"/> Serum / Plasma
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Urin

<b>Besitzer:</b>	<b>Microchip-Nr.:</b>
	<b>Einsendedatum:</b>
<input type="checkbox"/> Befund an folgende Fax-Nr. oder E-Mail-Adresse senden:	Rechnung an: <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Besitzer
	Bitte beachten Sie unsere <b>Datenschutzrichtlinie</b> (siehe Institutshomepage).
<b>Anamnestische oder klinische Hinweise:</b>	

<b>→ Bitte ankreuzen* ←</b>		<b>Eingangsdatum:</b>
<b>Kot</b>		<b>Tagebuch-Nr.:</b>
Magen-Darm-Parasiten	K-01	(bei Rückfragen immer angeben !)
Lungenwürmer	K-04	
Giardia Koproantigen	K-06	
Tritrichomonas DNA (Katze)	K-09	
Cryptosporidium Koproantigen	K-08	
Magen-Darm-Parasiten + Giardia	K-p1	
Magen-Darm-Parasiten + Giardia + Lungenwürmer	K-p2	
Magen-Darm-Parasiten + Giardia + Tritrichomonas DNA (Katze)	K-p3	
Echinococcus DNA (Hund) Nur bei Überweisung durch den/die Tierarzt/ärztin und bei Verdacht	K-11	
<b>Vollblut/Blutausstrich (VB) / Gewebe (G)</b>		<b>Untersuchungsbefund</b>
Blutparasiten mikroskopisch (VB)	B-01	<input type="checkbox"/> Keine Parasiten(stadien) nachweisbar
Babesia spp. DNA + Sequenz. (VB)	B-11	<input type="checkbox"/> Keine Antikörper (AK) nachweisbar
Echinococcus-Finnen DNA (G)	B-24	<input type="checkbox"/> Kein Antigen nachweisbar
Leishmania mikroskopisch (Bioplat)	B-02	<input type="checkbox"/> Keine DNA nachweisbar
Leishmania DNA (Bioplat)	B-04	
<b>Haut / Haare</b>		
Milben, Ektoparasiten	H-01 / H-02 / H-03	
<b>Urin</b>		<b>Bemerkung:</b>
Capillaria plica	U-01	
<b>Weiteres</b>		
<b>Medizinisches Untersuchungsmaterial = TNP Kategorie 1</b>		<input type="checkbox"/> Menge der Probe unzureichend
		<input type="checkbox"/> Bitte Rückruf: ☎ 0641 99
		<b>Untersucht von:</b>
		Gießen, den
		<b>Unterschrift:</b>