

**Untersuchungsauftrag FB 7  
(außer Sektion)**

**CVUA Westfalen**

Standort Arnsberg:  
Zur Taubeneiche 10-12, 59821 Arnsberg  
Tel.: 0234 / 957 194 – 0  
Fax: 0234 / 957 194 – 290

Eingang:

<b>Tierarzt:</b>		<b>Tierhalter:</b>	
Name:		Name:	
Adresse:		Adresse:	
Tel.:	Fax:	Tel.:	Fax:
E-Mail:		E-Mail:	
Einsender: <input type="checkbox"/>		Einsender: <input type="checkbox"/>	

<b>Untersuchungsmaterial:</b>				
<input type="checkbox"/> Kot	<input type="checkbox"/> <i>Einzelprobe</i>	<input type="checkbox"/> Tupfer	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel
<input type="checkbox"/> <i>Sammelprobe</i>	Entnahmeort: _____		<input type="checkbox"/> Haar	<input type="checkbox"/> Bienen: <input type="checkbox"/> Wabe <input type="checkbox"/> Futterkranz

<b>Tierart:</b>				
<input type="checkbox"/> Rind / <input type="checkbox"/> Kalb	<input type="checkbox"/> Schwein	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/>

<b>Untersuchung:</b>			
<input type="checkbox"/> parasitologisch	<input type="checkbox"/> bakteriologisch	<input type="checkbox"/> virologisch	<input type="checkbox"/> mykologisch

<u>Vorbericht:</u>

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten erhoben, verarbeitet, elektronisch gespeichert und genutzt werden soweit dies zur Durchführung der angebotenen Dienstleistungen erforderlich ist. Ferner erkläre ich mich mit einer Kontaktaufnahme durch das CVUA-Westfalen einverstanden. Näheres erfahren Sie in unserer Datenschutzerklärung auf der Internetpräsenz des CVUA-Westfalen.

Ich verzichte auf meine Eigentumsrechte an Untersuchungsmaterial und verpflichte mich zur Zahlung der Untersuchungsgebühren.

**Arnsberg, den**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)