

**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"/> Einzelprobe <input type="checkbox"/> Sammelprobe	<input type="checkbox"/> Tupfer Entnahmeort: _____	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel <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>   
--------------------------------

Ich verzichte auf meine Eigentumsrechte an Untersuchungsmaterial und verpflichte mich zur Zahlung der Untersuchungsgebühren. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung auf der Homepage des o.a. CVUA zur Kenntnis genommen zu haben.

**Arnsberg, den**

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