

MILCHPROBEN-BEGLEITSCHREIBEN

TIERBESITZER			TIERARZT		
Name _____			Name _____		
Straße, Hausnummer _____			Straße, Hausnummer _____		
PLZ _____	Wohnort _____	Bundesland _____	PLZ _____	Wohnort _____	Bundesland _____
Vorwahl/ Rufnummer _____		Fax _____	Vorwahl/ Rufnummer _____		Fax _____
E-Mail (bitte angeben wenn vorhanden) _____			E-Mail (bitte angeben wenn vorhanden) _____		
LFBIS-Nr.: _____					
MOLKEREI: _____			<u>Sonstige Anmerkungen:</u> _____		
MOLKEREI-Liefernummer: _____					
TGD-Mitglied: ☐ NÖ ☐ OÖ ☐ Slbg. ☐ Bgld. ☐ K. ☐ T. ☐ Vlbgl. ☐ Stm. ☐ kein					

Probenentnahme am: _____	☐ Tierbesitzer	☐ Tierarzt
Bereits behandelt am: _____	Abkalbedatum: _____	

Probeneinsendung wegen:

welche(s) Viertel erkrankt: _____

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ hohem Zellgehalt
☐ Milchveränderung
☐ Euterschwellung
☐ Eutererkrankung mit Fieber | ☐ Zitzenverletzung
☐ Kontrolle nach Zukauf
☐ Kontrolle nach Behandlung
☐ Kontrolle vor dem Trockenstellen | ☐ Kontrolle für Versteigerung
andere Gründe: _____ |
|---|--|--|

Kuh OM-Nr.: _____ Name: _____		Schalmtest Ergebnis *	sinnfälliger verändert	* Erläuterungen: - = normal + = leicht ++ = stark +++ = sehr stark	
Zeichen	Euterviertel				
A RV	rechts vorne				
B RH	rechts hinten				
C LV	links vorne				
D LH	links hinten				

MILCHPROBEN-BEGLEITSCHREIBEN

	Ohrmarke / Name	ZZ	Viertel	Schalm	Makroskopisch		Zytologie	Kultur	AB-Anmerkung
					Überstand	Sediment			
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						
			rv						
			rh						
			lv						
			lh						

Datum:

Unterschrift: