

UNTERSUCHUNGSANTRAG

PRRS-Untersuchung



Eingang

Erledigt

TGD-Labor
Molkereistrasse 5
4910 Ried/Innkreis www.ooe-tgd

TIERARZT Name, Straße/Nr, PLZ, Ort

TIERHALTER/BETRIEB *

LFBISNr

--	--	--	--	--	--	--

Name _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Probenahme am _____

Betrieb

- Zuchtverbandsbetrieb (SZV)
 Projekt Ferkelerzeuger (VLV)

Untersuchungsgrund

- Screening
 Quarantäneuntersuchung

LFBIIS-Nr. des Zukaufbetriebes _____

Lfd. Nr.	Kennzeichnung (Ohrmarken-Nr./Tätowienummer)	Tiergruppe	Impfung			Nr.	Quarantänetier OhrmarkenNr., Tätowienummer
			nein	lebend	tot		
Einstelldatum						1	
1		Jungsau				2	
2						3	
3						4	
4						5	
Wurfnummer						6	
5		Altsau				7	
6						8	
7						9	
8						10	
Geburtswoche						11	
9		Absetz- ferkel				12	
10						13	
11						14	
12						15	
Einstelldatum						16	
13		Eber				17	
14						18	

Unterschrift des Tierarztes ¹⁾

Unterschrift des Tierhalters ¹⁾

* **Mussfelder**