

**Landesuntersuchungsamt  
Institut für Tierseuchendiagnostik  
Blücherstraße 34  
56073 Koblenz**

Auftragsnummer LUA  
  
  
Eingangsstempel LUA

<b>Vom Probenehmer/Kreisverwaltung auszufüllen</b>			
<b>Probenehmer</b> _____	<b>zuständige Kreisverwaltung</b> _____		
Straße _____	Straße _____		
PLZ, Wohnort _____	PLZ, Wohnort _____		
Faxnummer _____	Faxnummer _____		

<b>Vom Probenehmer/Kreisverwaltung auszufüllen</b>			
<b>Schlachtstätte</b> _____	<b>Herkunftsbetrieb</b> _____		
Straße _____	Straße _____		
PLZ, Wohnort _____	PLZ, Wohnort _____		
Faxnummer _____			

<b>Laufende Nummer</b>																																										
<b>Schlachtnummer</b>																																										
<b>Ohrmarken-Nummer</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
<b>Geburtsdatum</b>																																										
<b>Tierart</b>																																										
<b>Schlachtdatum</b>																																										
<b>Probenahmedatum</b>																																										
<b>Datum der Probenversendung</b>																																										

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei der Befundmitteilung auf detaillierte Angaben zu den angewandten Verfahren verzichtet wird. Diese können auf schriftliche Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

_____ Datum	_____ Unterschrift Probenehmers
-------------	---------------------------------