



Protokoll-Nr.

Seite von

(Bitte nicht ausfüllen)

## UNTERSUCHUNGSANTRAG VIROLOGIE

Bitte in Blockschrift ausfüllen

### BESITZER

Name:

Adresse:

PLZ, Ort:

Kanton:

Betriebs-Nr.:

### EINSENDER / TIERARZT

Name:

Adresse:

PLZ, Ort:

Tel:

Fax:

### Untersuchungsgrund

- Verdacht       Abort       Import       Bestandesüberwachung  
 Nachuntersuchung       Ausstellung       Export       Amtliche Stichprobe       Anderer: \_\_\_\_\_

### Untersuchungsmaterial

- Vollblut       Serum       EDTA-Blut       Liquor       Kot       Organe: \_\_\_\_\_  
 Geschässel       Biopsie       Fetus       Plazenta       Tupfer       Anderes: \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

### Tierart

- Rind       Schaf       Ziege       Schwein       Pferd       Hund       Katze       Koi       Andere: \_\_\_\_\_

### Virusnachweis

- BKF (OvHV-2) \*       BKF (CpHV-2)       Influenza Typ A (porcine)       FeHV-1\*  
 IBR / IPV       BRSV & PIV-3       Tescho-, Sapelo-, Enterovirus       CanHV-1  
 Orthopoxvirus (Wdk.)       Parapoxvirus (Wdk.)       Parvovirus (porc., SSL < 17cm)       Herpesviren  
 Rota A & Corona (bovine, porcine, equine)       EHV-1/4       Adenoviren  
 Bluetongue \*       Aujeszky       EHV-1 NNP / NP       Coronaviren  
 Rota B (porcine)       Rota C (porcine)       KHV \*

### Antikörpernachweis

- IBR / IPV \*       EBL \*  
 Aujeszky \*       TGE \*  
 Bluetongue       Orf  
 Parvovirus (porcine, SSL > 17cm)

\* Prüfung mit akkreditierten Testverfahren

**Kosten zu Lasten**       Einsender       Besitzer       Kanton       Anderer: \_\_\_\_\_

**Anamnese / Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Pflichtfeld** (bei Nutztieren)

<input checked="" type="checkbox"/> Tier-Identifikation / 1. Labor-Nr. (Rind: 12-stellige Ohrmarke)	Proben-Nr. Viro ZH	Resultat Viro ZH	<input checked="" type="checkbox"/> Tier-Identifikation / 1. Labor-Nr. (Rind: 12-stellige Ohrmarke)	Proben-Nr. Viro ZH	Resultat Viro ZH
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

Bemerkungen

(Bitte nicht ausfüllen)

Eingangsdatum

Prüfungsdatum

Untersucher

PCR

ELISA

SNT

EM

IIF

Andere