

# A N A M N E S E

Institut für Virologie der Freien Universität Berlin, Robert von Ostertag-Str. 7-13, 14163 Berlin  
Telefon: 0 30/838 51842, Fax: 0 30/838 451842, E-mail: [no.34@fu-berlin.de](mailto:no.34@fu-berlin.de) oder [viro@zedat.fu-berlin.de](mailto:viro@zedat.fu-berlin.de)

<b>Stempel einsendender Tierarzt (Bitte unbedingt Faxnummer eintragen!)</b> * * Datum: _____ Unterschrift: _____ * * Mit der Speicherung der Daten zur Verwaltung und Auswertung der Befunde bin ich einverstanden. Die Speicherung erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.		
<b>Angaben zum Tier</b>		
Besitzer _____	Name des Tieres _____	Adresse Besitzer _____
Rasse _____	Alter _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Rechnung an <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> Arzt / Klinik		
<b>Klinische Symptome</b>		
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Nasenausfluss <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Laryngitis follicularis <input type="checkbox"/> Inappetenz <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Abort		
Sonstiges: _____		Dauer der Erkrankung: _____
Relevante Vorbefunde: _____		
<b>Impfungen</b>		
Regelmäßig geimpft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wogegen? _____		
Mit welchem Impfstoff? _____		Wann zuletzt geimpft? _____
<b>Probenmaterial</b>		
<input type="checkbox"/> Vollblut <input type="checkbox"/> Citratblut <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Nasentupfer <input type="checkbox"/> Augentupfer <input type="checkbox"/> Gewebe: _____    Sonstiges: _____		
Bitte um Untersuchung auf: _____		
<b>Vermerke des Institutes für Virologie</b>		<b>BEFUND/DATUM:</b> _____
Probennummer: _____ Eingang: _____		