

A N A M N E S E

Institut für Virologie der Freien Universität Berlin, Robert von Ostertag-Str. 7-13, 14163 Berlin
Telefon: 030/838 50087, Fax: 030/838 451842, E-mail: no.34@fu-berlin.de oder viro@zedat.fu-berlin.de

Stempel einsendender Tierarzt (Bitte unbedingt E-Mail-Adresse und Faxnummer eintragen!)

* * Datum: _____ Unterschrift: _____
Mit der Speicherung der Daten zur Verwaltung und Auswertung der Befunde bin ich einverstanden.
Die Speicherung erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.
* *

Angaben zum Tier

Besitzer _____ Name des Tieres _____ Adresse Besitzer _____
Rasse _____ Alter _____ Geschlecht: m w
Rechnung an Besitzer
 Arzt / Klinik

Klinische Symptome

Fieber Husten Nasenausfluss Konjunktivitis Laryngitis Inappetenz Ataxie Abort
Sonstiges: _____ Dauer der Erkrankung: _____
Relevante Vorbefunde: _____

Impfungen

Regelmäßig geimpft? ja nein
Wogegen? _____
Mit welchem Impfstoff? _____ Wann zuletzt geimpft? _____

Probenmaterial

Vollblut Citratblut Serum Nasentupfer Augentupfer Gewebe: _____ Sonstiges: _____

Bitte um Untersuchung auf: _____

Vermerke des Institutes für Virologie

BEFUND/DATUM: _____

Probennummer: _____ Eingang: _____