

# 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 50087, 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)

## Stempel einsendender Tierarzt (Bitte unbedingt 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 follicularis  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: \_\_\_\_\_