

Adresse nur angeben, wenn Tierhalter Rechnungsempfänger ist.

Name des Tierhalters (in Druckbuchstaben)
Straße
PLZ, Ort
Rechnungsstellung an Tierhalter erfolgt nur bei a) vollständiger Anschrift des Tierhalters b) durch Unterschrift bestätigtem Einverständnis des Tierhalters.
Unterschrift des Tierhalters (nur notwendig bei Tierhalterabrechnung)



IDEXX GmbH
Humboldtstraße 2
D-70806 Kornwestheim
Germany

Tel.: D +49 (0)69 153 253 290
Tel.: A +43 (0)1 206 092 729
laborservice@idexx.com
idexx.de, idexx.at

Amtsgericht Stuttgart, HRB 203453
Geschäftsführer: Jeffery D. Chadbourne,
Lily J. Lu, Willard R. Blanche, Jr.

BARCODE	<input type="checkbox"/> Rechnung an Tierhalter*
	PATIENTENDATEN¹
INTERN	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> männlich
	<input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> weiblich
	Datum der Probeentnahme ¹
	Name ¹
	Rasse ¹
	Geburtsdatum ¹
	Mikrochip-Nr. ¹
	Passnr. ¹
	Reiseland ¹

EXPORT-UNTERSUCHUNGEN

D

INTERN	EINSENDERSTEMPEL
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SPER	<p>Hiermit akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen von IDEXX (AGBs), aktuelle Ausgabe www.idexx.de, und erteile der IDEXX GmbH den Auftrag, den/die angeforderten Test(s) gemäß der aktuellen Preisliste und AGBs durch die Vet Med Labor GmbH als Subunternehmen durchführen zu lassen.</p> <p>Tierhalterabrechnung: durch Ausfüllen der Tierhalterinformationen sowie durch meine Unterschrift bestätige ich, dass a) ich gemäß den AGBs meinen Anspruch gegen den o.g. Tierhalter auf das Entgelt für den/die angeforderten Test(s) an IDEXX GmbH abtrete und bei Nichtbezahlung durch den Tierhalter verantwortlich für die Bezahlung des Entgeltes an IDEXX GmbH bin und b) ich den Tierhalter über die IDEXX AGBs bezüglich Tierhalterabrechnung informiert habe.</p> <p>Der Schutz personenbezogener Daten ist für IDEXX GmbH und Vet Med Labor GmbH sehr wichtig und unsere Datenschutzvereinbarung ist einsehbar unter https://www.idexx.com/privacy.</p> <p>Datum und Unterschrift des Auftraggebers (Tierarzt):</p>
Anmerkungen:	
INTERN	Patientendaten EX

falsch

richtig

– Bitte korrekt markieren!

09-0011552-03 2025-V2

UNTERSUCHUNGEN - HUND	
<input type="checkbox"/> <i>Babesia canis</i> (AK) - ELISA BABELEN	[S]
<input type="checkbox"/> <i>Babesia gibsoni</i> (AK) - IFAT BABGEN	[S]
<input type="checkbox"/> <i>Brucella canis</i> (AK) - TAT BRULAEN	[S]
<input type="checkbox"/> <i>Dirofilaria immitis</i> (Makrofilarien) (AG) - ELISA FILEN	[S]
<input type="checkbox"/> <i>Dirofilaria immitis</i> (Mikrofilarien) - Filtrationst. FILAFEN	[EB]
<input type="checkbox"/> <i>Ehrlichia canis</i> (AK) - IFAT EHRGEN	[S, EP, HP]
<input type="checkbox"/> <i>Leishmania</i> (AK) - ELISA LEISELEN	[S]
<input type="checkbox"/> <i>Leptospira</i> (AK) - MAT LEPMAREN	[S]
<input type="checkbox"/> <i>Trypanosoma evansi</i> (AK) - CATT-Test TRYIEN	[S]
<input type="checkbox"/> Blutparasiten - mikroskopisch BPEN (inkl. <i>Babesia gibsoni</i> , <i>Trypanosoma evansi</i>)	[EB+A]

Datum ¹	Unterschrift ¹
<p>Hiermit bestätige ich, dass alle meine Angaben den Tatsachen entsprechen. Sollte ich mich nicht ausreichend über die Einreisebestimmungen des Reiselandes informiert haben, kann die Vet Med Labor GmbH nicht für daraus resultierende negative Konsequenzen haftbar gemacht werden. Die Befunderstellung erfolgt in englischer Sprache. Bezüglich der Anerkennung der Resultate setzen Sie sich bitte vor Probeneinsendung mit der zuständigen Behörde in Verbindung.</p>	

UNTERSUCHUNGEN - PFERD	
<input type="checkbox"/> Afrikanische Pferdepest AHSVE (African Horse Sickness) - cELISA	[S]
<input type="checkbox"/> Babesiose/Piroplasmose BABCEEN (<i>Theileria equi</i> , <i>Babesia caballi</i>) - cELISA	[S]
<input type="checkbox"/> Babesiose/Piroplasmose BABAKE (<i>Theileria equi</i> , <i>Babesia caballi</i>) (AK) - IFAT	[S]
<input type="checkbox"/> Babesiose/Piroplasmose BABKEN (<i>Theileria equi</i> , <i>Babesia caballi</i>) (AK) - KBR	[S]
<input type="checkbox"/> Beschälseuche/Dourine TYPAEN (<i>Trypanosoma equip.</i>) (AK) - KBR	[S]
<input type="checkbox"/> Coggins-Test (equine infektiöse Anämie) (AK) - Agargeldiffusion COGGINSE	[S]
<input type="checkbox"/> Equines Arteritisvirus (AK) - VN EVAEN	[S]
<input type="checkbox"/> Equines Arteritisvirus (RNA) real-time PCR EAVPEN [Sperma]	[S]
<input type="checkbox"/> Herpesvirus 1, equines (AK) - VN HSV_1E	[S]
<input type="checkbox"/> Herpesvirus 4, equines (AK) - VN HSV_4E	[S]
<input type="checkbox"/> Rotz (Glanders/ <i>Burkholderia mallei</i>) (AK) - KBR ROTZEN	[S]
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella abortus equi</i> (AK) - Langsamaggl. SALAEN	[S]
TOLLWUTVIRUS (AK) - FAVN Siehe Untersuchungsantrag „Antrag auf Tollwut-Antikörperbestimmung für Tiere“	

[A] Ausstrich [EB] EDTA-Blut [EP] EDTA-Plasma [HP] Heparin-Plasma [S] Serum

¹ Pflichtfeld

– Bitte den Bandbereich nicht beschriften –