

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

Name des Tierhalters \_\_\_\_\_

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

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

**Das aktuellste komplette Angebot finden Sie auf**  
[vetconnectplus.de](http://vetconnectplus.de)  
[vetconnectplus.at](http://vetconnectplus.at)

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

**HISTOLOGIE/ZYTOLOGIE D/LUX/AT 2025**

**BARCODE**

Rechnung an Tierhalter\*

**PATIENTENDATEN**

Hund  männlich  
 Katze  weiblich  
 Pferd  kastriert am

TT MM JJJJ

andere Tierart  
 Rasse \_\_\_\_\_  
 Alter in Jahren \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_

**INTERN**

PU  
 GW  
 OB  
 HS  
 HA  
 AB  
 S  
 E  
 KM

**EINSENDERSTEMPEL**

Hiermit akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen von IDEXX (AGBs), aktuelle Ausgabe [www.idexx.de](http://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.

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.

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>.

Datum und Unterschrift des Auftraggebers (Tierarzt): \_\_\_\_\_

09-0011361-03 2025

**HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN**

**Regulär EILT<sup>a</sup>: 1 bis 3 Tage**

**HISTS** Dermatopathologie - diffuse + lokale nicht-neoplastische Läsionen (Tumoren → HISTU - HISTU9) **HISTSP**

**HISTGI** Magen-Darm-Biopsien (Hund/Katze), endoskop. oder Vollwand; diffuse Läsionen (Tumoren → HISTU - HISTU9) **HISTGIP**

**HISTLIV** Leberbiopsien - Chronische Hepatitis (Hund)

**HISTOC** Ophthalmologische Pathologie - Bulbus ≤ 2,5 cm Ø<sup>b</sup>

**HISTOCL** Ophthalmologische Pathologie - Bulbus > 2,5 cm Ø<sup>b</sup>

**HISTUL** Große Probe > 8 cm oder Zehen/Kiefer

**HISTU** 1 Lokalisation - alle außer oben angeführte (s. Preisliste) **HIST1P**

**HISTU** 2 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST2P**

**HISTU** 3 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST3P**

**HISTU** 4 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST4P**

**HISTU** 5 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST5P**

**HISTU** 6 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST6P**

**HISTU** 7 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST7P**

**HISTU** 8 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST8P**

**HISTU** > 8 Lokalisationen oder Mammakomplexe **HIST9P**

**HISTOLOGIE – PROFILE (Formalinprobe + zusätzl. Material)**

**HISTFE** Orales Profil m. FCV, FHV-1 (Kätzchen) (zusätzl. PCR-Brush) **HISTFEP**

**HAP1** Hautprofil 1 mit Bakteriologie (zusätzl. Abstrich in Medium)

**HAP2** Hautprofil 2<sup>c</sup> mit Mykologie (zusätzl. Geschabsel/Haare)

**HAP3** Hautprofil 3<sup>c</sup> mit Bakteriologie+Mykologie (Material siehe HAP1+2)

**MATERIAL UND ANAMNESE**

**ZYTOLOGIE**  Abklatsch  Feinnadelaspirat  
 Spülprobe  Anderes:

**HISTOLOGIE** Tumorresektion:  komplett  partiell  
 Haut (unbedingt Rückseite beachten)  
 Anderes:

Anzahl Gewebeprobe/Objektträger: \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Größe der Veränderung: \_\_\_\_\_

Entnahmeort: \_\_\_\_\_

Verteilung:  solitär  multipel

Kompletteinsendung:  ja  nein

Symptomatik seit: \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose/Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

Therapiemaßnahmen: \_\_\_\_\_

Beteiligung regionaler Lymphknoten:  
 ja, wo? \_\_\_\_\_  nein

Rezidiv:  ja  nein **Diagnose:** \_\_\_\_\_

**ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN**

**Zytologische Untersuchung max. 4 Objektträger pro Lokalisation**

1 **CYTU**  2 **CYTU2**  3 **CYTU3**  4 **CYTU4**  5 **CYTU5**  
 6 **CYTU6**  7 **CYTU7**  8 **CYTU8**  9 **CYTU9** > 8 Lokalisationen

**NUR Lymphkn. ohne Lokalisations- und Objektträgerbegrenzung**  
 **CYTULN**

**Lymphknotenzytologie PLUS 1-3 zusätzliche Massen/Läsionen**

1 **LNCY1**  2 **LNCY2**  3 **LNCY3**

**CYTUBB** Blutausschrieb inkl. großes Blutbild

**CYTUKM** Knochenmark inkl. großes Blutbild (Blutausschrieb mitsenden)

**CYTUKMH** **CYTUKM** + Histologie Knochenmark

**CYTUSYN** Synovia (nur Objektträger)

**URCYTO** Urin Zytologische Untersuchung

**UCYTU** **URCYTO** + Sediment + Urinanalyse + Bakteriologie

**Flüssigkeiten bitte immer Anzahl der Lokalisationen ankreuzen**

**Synoviaprofil 1-6 Lokalisationen**

1 **SYNO1**  1 mit Bakteriologie<sup>d</sup> **SYNO1M**  
 2 **SYNO2**  3 **SYNO3**  4 **SYNO4**  5 **SYNO5**  6 **SYNO6**

**Spülproben/Zystische Flüssigkeitszytologie 1-2 Lokalisationen**

1 **WASH1**  1 mit Bakteriologie<sup>d</sup> **WASH1M**  2 **WASH2**

**Liquorprofil 1-2 Lokalisationen**

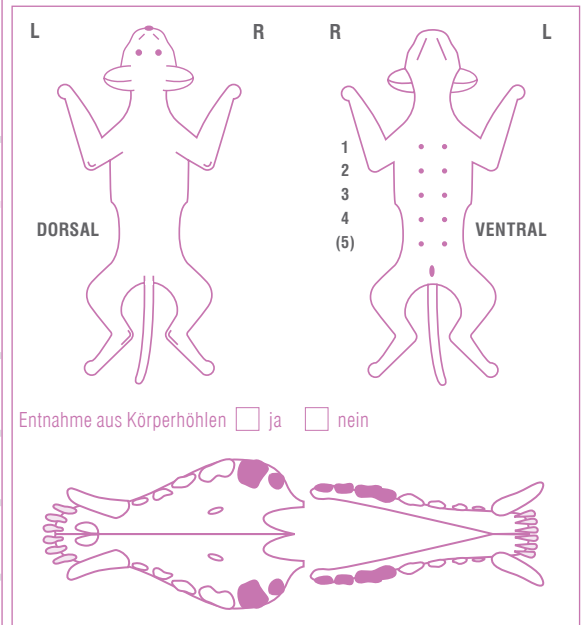
1 **CSF1**  1 mit Bakteriologie<sup>d</sup> **CSF1M**  2 **CSF2**

**Körperhöhlenflüssigkeit 1-6 Lokalisationen**

1 **BCFLD1**  1 mit Bakteriologie<sup>d</sup> **BCFLD1M**  
 2 **BCFLD2**  3 **BCFLD3**  4 **BCFLD4**  5 **BCFLD5**  6 **BCFLD6**

**CBRAF** BRAF Mutation urotheliales Karzinom (Hund)

**ABIO** Antibiogramm (nur in Verbindung mit aerober Kultur)



<sup>a</sup> Dieser Service kann nicht für Proben angeboten werden, die eine längere Nachfixierung oder Entkalkung benötigen. (Weitere allgemeine Vorberichtsangaben bitte auf Rückseite vermerken)  
<sup>b</sup> Berichtssprache Englisch oder Deutsch, nach Verfügbarkeit der Spezialisten.  
<sup>c</sup> Antimykogramm nicht möglich.  
<sup>d</sup> Bei Vorliegen pathogener Keime werden grundsätzlich Keimdifferentenzierung und Antibiogramm durchgeführt. Diese sind im Profilpreis nicht enthalten, sondern werden ggf. zusätzlich in Rechnung gestellt.

VORBERICHT DERMATOPATHOLOGIE	
<b>PRIMÄRE EFFLORESZENZEN</b> <input type="checkbox"/> Flecken <input type="checkbox"/> Papeln <input type="checkbox"/> Knötchen <input type="checkbox"/> Erythem <input type="checkbox"/> Pusteln <input type="checkbox"/> Quaddeln <input type="checkbox"/> Bläschen	
<b>SEKUNDÄRE EFFLORESZENZEN</b> <b>HYPERPIGMENTIERUNG</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>PIGMENTVERLUST</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>URSPRÜNGLICHE FELLFARBE IN VERÄNDERTEN BEREICHEN:</b>  <b>NARBE</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>ULZERA</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>SCHUPPEN</b> <input type="checkbox"/> lokal <input type="checkbox"/> diffus <input type="checkbox"/> keine <b>KRUSTEN</b> <input type="checkbox"/> lokal <input type="checkbox"/> diffus <input type="checkbox"/> keine <b>ANDERE:</b>	
<b>HAARVERLUST</b> <input type="checkbox"/> lokal <input type="checkbox"/> diffus <input type="checkbox"/> symmetrisch <input type="checkbox"/> nein	
<b>HAARZUSTAND</b> <input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> brüchig <input type="checkbox"/> normal	
<b>JUCKREIZ</b> <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> nein	
<b>EKTOPARASITEN</b> <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein Behandlung:	
<b>UMGEBUNGSWECHSEL IM LETZTEN JAHR/ AUSLANDSAUFENTHALT</b> <input type="checkbox"/> ja, wann? <input type="checkbox"/> nein Von? Nach?	
<b>KONTAKT ZU ANDEREN TIEREN</b> <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein	
<b>DERMATOPATHIEN BEI DIESEN TIEREN</b> <input type="checkbox"/> ja, welcher Art? <input type="checkbox"/> nein	
<b>FÜTTERUNG</b> <input type="checkbox"/> Nassfutter <input type="checkbox"/> Trockenfutter <input type="checkbox"/> Tischabfälle <input type="checkbox"/> Anderes:	
<b>MEDIKATION</b> (z. B. Steroide, AB, Antiparasitika, Impfung)  Letzte Medikation (Datum):	
<b>HAUTSYMPTOME VERSCHLECHTERN SICH</b> <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> außerhalb <input type="checkbox"/> Frühling <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Herbst <input type="checkbox"/> Winter	
<b>GEBRAUCHSZWECK DES TIERES</b>	
<b>WEITERE RELEVANTE BEFUNDE/ANDERE LABORBEFUNDE</b> (ggf. unsere Labor-Nr.)	

**WEITERE ANMERKUNGEN / ALLGEMEINE VORBERICHTSANGABEN**

**LABORINTERNE VERMERKE**