

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

Name des Tierhalters

Straße

PLZ, Ort

Rechnungsstellung an den Tierhalter erfolgt nur bei vollständiger Anschrift des Tierhalters und Bestätigung des Tierarztes über die Abtretung und das Einverständnis des Tierhalters.

Unterschrift des Tierhalters (nur notwendig bei Tierhalterabrechnung)

Adresse nur angeben, wenn der Tierhalter der Rechnungsempfänger ist



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  
hotline-germany@idexx.com  
idexx.de, idexx.at

**MIKROBIOLOGIE 2022 D/AT**

Rechnung an Tierhalter\*

**BARCODE**

**PATIENTENDATEN**

Hund  männlich  
 Katze  weiblich  
 Pferd  kastriert  
 Rind

Alter:  Jahre  Monate

Sonstige Tierart:   
**Unbedingt angeben!**

Name:

**INTERN**

U  
 AB  
 ABT  
 K  
 HA  
 HS  
 Milch  
 PU  
 OB  
 **FD**

**EINSENDERSTEMPEL**

Hiermit akzeptiere ich die AGBs für Labortests von IDEXX/Vet Med Labor (EMEA) (aktuelle Ausgabe, Download idexx.de) und erteile der IDEXX GmbH den Auftrag, die ausgewählten Tests gemäß der aktuellen Preisliste durch die Vet Med Labor GmbH als Subunternehmen durchführen zu lassen.  
Die ordnungsgemäße Verarbeitung persönlicher Daten ist für die IDEXX GmbH und die Vet Med Labor GmbH sehr wichtig. Unsere Datenschutzvereinbarung ist einsehbar unter [www.idexx.com/privacy](http://www.idexx.com/privacy).  
\* Bei Tierhalterabrechnung trete ich gemäß der AGBs der IDEXX GmbH meinen Anspruch gegen den o.g. Tierhalter auf das Entgelt für die hiermit angeforderten Tests an die IDEXX GmbH ab.  
Datum und Unterschrift des Auftraggebers (Tierarzt):

Datum der Probenentnahme: *Bitte hier angeben.*      Dauer der Erkrankung: *Bitte hier angeben.*

**Ergänzende Bemerkungen / Vorbehandlung / Verdachtsdiagnose:**

*Bitte hier angeben.*

**INTERN Labor-Barcode**

**ANTIBIOGRAMM** (nur in Verbindung mit aerober Kultur)

MATERIAL	UNTERSUCHUNGEN
<input type="checkbox"/> <b>AA Abstrich: Auge</b> (Konjunktiva)	<input type="checkbox"/> <b>PK2</b> Bakteriologie, aerobe Kultur <input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie
<input type="checkbox"/> <b>ATR Abstrich: Trachea</b>	<input type="checkbox"/> <b>PK2</b> Bakteriologie, aerobe Kultur <input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie
<input type="checkbox"/> <b>ANA Abstrich: Nase</b>	<input type="checkbox"/> <b>PK2</b> Bakteriologie, aerobe Kultur <input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie
<input type="checkbox"/> <b>Abstrich: Ohr</b>	<input type="checkbox"/> Bakteriologie, aerobe Kultur (inklusive Hefen) <input type="checkbox"/> <b>PKAN</b> Bakteriologie, anaerobe Kultur (zusätzl. bei Otitis media) <input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie
<input type="checkbox"/> <b>AGE Abstrich: Genitaltrakt</b>	<input type="checkbox"/> <b>STUG</b> Stutentupfer (inkl. Bakteriologie, Mykologie, Keimdiffenzierung, ohne Antibiogramm) ( <b>nur</b> Pferd)
<input type="checkbox"/> - Vagina	<input type="checkbox"/> <b>TEQ</b> <i>Taylorella equigenitalis</i> (CEM) ( <b>nur</b> Pferd) ( <b>Transportmedium beachten</b> )
<input type="checkbox"/> - Klitoris	<input type="checkbox"/> <b>PK2</b> Bakteriologie, aerobe Kultur
<input type="checkbox"/> - Cervix	<input type="checkbox"/> <b>PKAN</b> Bakteriologie, anaerobe Kultur (evtl. sinnvoll bei tiefen, nekrotisierenden Geburtsverletzungen)
<input type="checkbox"/> - Uterus	<input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie
<input type="checkbox"/> <b>APR</b> - Präputium	
<input type="checkbox"/> <b>APE</b> - Penis	
<input type="checkbox"/> <b>AWU Abstrich: Wunde</b>	<input type="checkbox"/> <b>PK2</b> Bakteriologie, aerobe Kultur <input type="checkbox"/> <b>PKAN</b> Bakteriologie, anaerobe Kultur (z. B. bei Panaritium oder tiefen Wunden, insbesondere Bissverletzungen) <input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie

MATERIAL	UNTERSUCHUNGEN
<input type="checkbox"/> <b>AHA Abstrich: Haut</b>	<input type="checkbox"/> <b>PK2</b> Bakteriologie, aerobe Kultur <input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie, <b>nur</b> Hefen (z. B. <i>Malassezia</i> sp.) ( <b>zur Untersuchung auf Hautpilze bitte Hautgeschässel einsenden; siehe Rückseite</b> )
<input type="checkbox"/> <b>Milch (nur Rind)</b>	<input type="checkbox"/> Bakteriologische und mykologische Untersuchung einschl. Antibiogramm
<input type="checkbox"/> <b>MIVR</b> - v rechts (MIVR)	
<input type="checkbox"/> <b>MIVL</b> - v links (MIVL)	
<input type="checkbox"/> <b>MIHR</b> - h rechts (MIHR)	
<input type="checkbox"/> <b>MIHL</b> - h links (MIHL)	
<input type="checkbox"/> <b>MI</b> - Sammelgem. (MI)	
<input type="checkbox"/> <b>Punktat</b>	<input type="checkbox"/> <b>PK1</b> Bakteriologie, aerobe Kultur
<input type="checkbox"/> - Gelenk	<input type="checkbox"/> <b>PKAN</b> Bakteriologie, anaerobe Kultur (sinnvoll als Ergänzung zur aeroben Kultur)
<input type="checkbox"/> - Brusthöhle	<input type="checkbox"/> <b>KMY</b> Mykologie (bei Verdacht auf Systemmykose, Cryptococcose)
<input type="checkbox"/> - Bauchhöhle	
<input type="checkbox"/> <i>Bitte hier angeben.</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Entnahmeort:</b>	<input type="checkbox"/> <b>MRS MRS-Screening</b> (Methicillin-resistente Staphylokokken) <input type="checkbox"/> sonstige:
<input type="checkbox"/> <i>Bitte hier angeben.</i>	
	<i>Bitte hier angeben.</i>
	<i>Weitere Materialien auf der Rückseite.</i>

09-0011360-03

