

# Anfrage Analysen Serologie Schweine

Verantwortlicher des Bestands*		Antragstellender Tierarzt*	Inrechnungstellung
Name: <b>Vollständige Angaben und Unterschrift</b> Adresse: <b>für neue Kunden</b> Nr. BESTAND: <b>BE</b> □□□□□□□□- □□□□ <input type="checkbox"/> Kopie der Resultate		Name oder Stempel UND Unterschrift  TÄK Nr.: □□- □□□□	<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Kunde (Verantwortlicher des Bestands) <input type="checkbox"/> Andere (mit beigefügtem schriftlichen Einverständnis) Name: ..... Adresse: ..... MwSt.: .....

\* Die oben genannten Personen haben unsere Allgemeinen Bedingungen (verfügbar auf [www.arsia.be](http://www.arsia.be)) gelesen und akzeptieren diese. Sie akzeptieren, dass die ARSIA die Proben und/oder die Untersuchungsergebnisse anonym für statistische und Forschungszwecke verwendet und, unter Einhaltung der Privatsphäre. Wir bitten Sie, Ihre Angaben und Einwilligung bezüglich der Nutzung der Proben und Angaben auf CERISE zu überprüfen

Datum der Probenentnahme
...../...../.....

Betriebsart	Probenentnahme
<input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> Selektion (Eber) <input type="checkbox"/> Zucht Zulieferer Jungsauen <input type="checkbox"/> Konventionelle Zucht <input type="checkbox"/> Andere:.....  <input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Mischbetrieb <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Ferkelzucht (nach Absetzen) <input type="checkbox"/> Andere: .....	Anzahl pro Kategorie: (A-B-C-D-E) <b>A) Zuchtschweine:</b> ..... <b>C) Mastschweine:</b> ..... <b>B) Sauen 8-20 M :</b> ..... <b>D) Zuchtferkel:</b> ..... <b>E) Andere:</b> .....
Anzahl:   Zuchtschweine:.....   Mastschweine: ..... Sauen 8-20 M :.....   Zuchtferkel: ..... Andere:	Gesamtanzahl Proben: ..... <b>ACHTUNG:</b> bei den Proben von Mastschweinen muss zwingend das Gewicht angegeben werden, für die Sauen, die Anzahl Würfe. Die Verantwortung für die Probenahme wird nicht vom Labor übernommen.

Durchzuführende Untersuchungen	
* <b>Aujeszky</b> <input type="checkbox"/> A3 (gpl) <input type="checkbox"/> A4 (Ak gesamt) Test: <input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anerkennung <input type="checkbox"/> Überwachung  * <b>Überwachung Salmonella<sup>(1)</sup></b> <input type="checkbox"/> Salmonella ELISA  <small>(1) Inrechnungstellung laut Lastenheft (2) Intervention (teilweise) des Gesundheitsfonds</small>	* <b>Plan PRRS<sup>(2)</sup></b> : <input type="checkbox"/> PRRS ELISA <input type="checkbox"/> Stichprobe <input type="checkbox"/> Erhalt seuchenfreier Status <input type="checkbox"/> Verfolg seuchenfreier Status <input type="checkbox"/> Monitoring der Ferkel  <input type="checkbox"/> PCR PRRS (Pool 5) <input type="checkbox"/> Monitoring Ferkel <input type="checkbox"/> Erhalt seuchenfreier Status

Nr. Dose							AUJESZKY	SALMO (ELISA)	PRRS (ELISA)	PRRS (PCR)	Ref. Labor
Röhren	Nr. Ohrmarke	Geschl (M/W)	Monat/Jahr	Anz. Würfe	Kategorie (A-B-C-D-E)	Gewicht (kg)	Bitte laut gewünschten Analysen ankreuzen		PCR PRRS: Pool-Nr. angeben. Pool von max. 5 Proben pro Altersklasse zu bestimmen.		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
0											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
0											

Nr. Dose	AUJESZKY	SALMO (ELISA)	PRRS (ELISA)	PRRS (PCR)	Ref. Labor
----------	----------	---------------	--------------	------------	------------

# Anfrage Analysen Serologie Schweine

Röhr- chen	Nr. Ohrmarke	Geschl (M/W)	Monat/ Jahr	Anz. Würfe	Kategorie (A-B-C-D-E)	Gewicht (kg)	Bitte laut gewünschten Analysen ankreuzen		PCR PRRS: Pool-Nr. angeben. Pool von max. 5 Proben pro Altersklasse zu bestimmen.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
0									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
0									

Nr. Dose		MONITORING DER FERKEL		PRRS (ELISA)	PRRS (PCR) Pool von 5	Ref. Labor
	Identifizierung	Alter		Bitte laut gewünschten Analysen ankreuzen		
1		Indikatives Alter: 4 Wochen (innerhalb von 7 Tagen nach dem Absetzen)				
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
0						
1		Indikatives Alter: 12 Wochen (Ende der Periode nach dem Absetzen)				
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
0						

Bemerkungen:.....  
 .....  
 .....

Dem Labor vorbehalten:

Réception : Nom

Date ( et heure ):

Réception jour

Poste

Camionnette

Autres :.....