

Anfrage Analysen Plan PRRS

MONITORING ZUCHT

Verantwortlicher des Bestands*	Beantragender Tierarzt*	Rechnungsstellung
Name: <u>komplette Angaben und Unterschrift</u> Adresse: <u>für neue Kunden</u> Nr. BESTAND: BE □□□□□□□□ - □□□□ <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 beigefügter schriftlicher Erlaubnis) Name: Adresse : MwSt.:
* Die oben vermerkten Personen haben unsere allgemeinen Bedingungen gelesen und akzeptieren diese (verfügbar auf www.arsia.be). Sie akzeptieren, dass die ARSIA die Proben und/oder die Untersuchungsergebnisse anonym für Statistiken oder wissenschaftliche Forschungen nutzt und dies, unter Einhaltung des Privatlebens. Wir bitten Sie, Ihre Angaben und Einwilligungen in Bezug auf die Verwendung der Proben und Angaben in CERISE zu überprüfen.		Datum Probenentnahme/...../.....
Betriebsart		
<input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> Selektion (Eber) <input type="checkbox"/> Zucht Lieferung Jungsauen <input type="checkbox"/> herkömmliche Zucht <input type="checkbox"/> Andere:..... <input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Mischtyp <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Absetzschwein <input type="checkbox"/> Fortpflanzung <input type="checkbox"/> Andere:	Anzahl Zuchtschweine: Mastschweine: Sauen 8-20 M:..... Absetzschweine: Eber:..... Andere:.....	
Durchzuführende Untersuchungen		
Motiv Dossier: Plan PRRS Motiv Rechnungsstellung: Tarif Normal/Nicht beitragspflichtig Interv. GF PRRS⁽¹⁾ Ext. Hinweis: MPEL Das Labor übernimmt keine Verantwortung für die Probenentnahme (1) <i>Intervention (teilweise) des Gesundheitsfonds</i>		PRRS ELISA individuell

Kontrolle der Einfuhr der Zuchtschweine: Jungsau(en)/Jungeber					Bei jedem Eintritt (in Quarantäne)	Ref. Labor
Nr. Dose	Identifizierung	Geschlecht (M/W)	Alter (Monat/Jahr)	Gewicht		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						



Anfrage Analysen Plan PRRS

Zuchtschweine (Max. 10)					Häufigkeit 3X/Jahr	Ref. Labor
Nr. Dose	Identifizierung	Geschlecht (M/W)	Alter (Monat/ Jahr)	Anz. Würfe		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

SCHWEINE AM ENDE DER MAST (Max. 10)			Häufigkeit 3X/Jahr	Ref. Labor
Nr. Dose	Identifizierung	Gewicht		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Bemerkungen: -----

Dem Labor vorbehalten:

Réception : Nom

Date (et heure):

Réception jour

Poste

Camionnette

Autres :