

Prof. Dr. habil. Christa Ewers
 Fachtierärztin für Mikrobiologie, Dipl. ECVM
 Institut für Hygiene u. Infektionskrankheiten der Tiere
 Justus-Liebig-Universität Gießen
 Frankfurter Str. 85-89
 D-35392 Gießen

Fax: 0641/99 38309
Tel.: **Bakteriologie:** 0641/99 38311
Serologie: 0641/99 38312, 38308
Molekularbiologie/Vakzine: 0641/99 38308
E-Mail: hygiene@vetmed.uni-giessen.de
Internet: https://www.uni-giessen.de/ihit

Untersuchungsantrag

Einsender: (genaue Anschrift/Stempel!)

Tierbesitzer: (genaue Anschrift, bitte deutlich schreiben!)

Name:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Patient: (Tierart, Name, Alter)

.....

.....

Art des Untersuchungsmaterials:

.....

Klinische Diagnose / Verdacht auf:

.....

Ggf. Herstellung von Vakzinen:

(Bedingt Isolat-Sicherung; Einleitung erst nach Rücksprache)

Rechnung an: Einsender:

Besitzer:

Neue Vordrucke finden Sie unter:

<https://www.uni-giessen.de/ihit/antrag>

Tgb.-Nr.:

Erwünschte Untersuchungen (bitte ankreuzen)

Kulturell-bakteriologische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	Wir behalten uns tiermedizinisch begründete Abweichungen vom Untersuchungsantrag vor. Dadurch können Mehrkosten entstehen, die wir so gering wie möglich halten.
Resistenztest	<input type="checkbox"/>	
Kulturell-mykologische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	
Kult.-bakteriolog. & mykolog. Untersuchung	<input type="checkbox"/>	
Speziell auf		

<u>Nachweis spezifischer DNA-Sequenzen (PCR):</u>		<u>Serologie:</u>	
<i>Brachyspira</i> sp.	<input type="checkbox"/>	<i>Brucella abortus / melitensis</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Brachyspira hyodysenteriae</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Brucella canis</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Brachyspira pilosicoli</i>	<input type="checkbox"/>	Leptospiren, 11 pathog. Serotypen	<input type="checkbox"/>
<i>Brucella canis</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Salmonella</i> Abortusequi	<input type="checkbox"/>
<i>Chlamydia</i> sp.	<input type="checkbox"/>	<i>Salmonella</i> Abortusovis	<input type="checkbox"/>
<i>Coxiella burnetii</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Virulenzgen-Nachweis (PCR):</u>	
<i>Lawsonia intracellularis</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Clostridium perfringens</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Leptospira</i> ; pathogene Spezies	<input type="checkbox"/>	<i>Escherichia coli</i> :	
<i>Mycobacterium</i> sp.	<input type="checkbox"/>	intestinal pathogene	<input type="checkbox"/>
<i>Mycobacterium avium</i> ssp. <i>parat.</i>	<input type="checkbox"/>	extraintestinal pathogene: APEC	<input type="checkbox"/>
<i>Mycoplasma</i> sp.	<input type="checkbox"/>	UPEC	<input type="checkbox"/>
MRSA/MRSP (<i>mecA</i>)	<input type="checkbox"/>	<i>Pasteurella multocida</i>	<input type="checkbox"/>

Probeneingang:

.....

Datum Probenentahme

.....

Unterschrift Rechnungsempfänger

Ergebnis der mikrobiologischen Untersuchung:

(Bitte freie Fläche nicht beschreiben!)

Resistenztest siehe Extrablatt

Zeichenerklärung:

(+) einige Einzelkolonien
 + geringer Keimgehalt
 ++ mittlerer Keimgehalt
 +++ hoher Keimgehalt