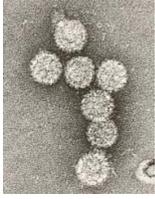
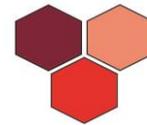


## Untersuchungs-Auftrag Vakzine



**Prof. Dr. F. Weber**  
Institut für Virologie  
FB Veterinärmedizin  
Justus-Liebig-Universität  
Schubertstr. 81  
35392 Gießen



**VIRO VET  
DIAGNOSTIK**  
UG (haftungsbeschränkt)



**Auftraggeber** (Bitte Blockschrift oder Stempel)

**Tierbesitzer**

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Rechnung an**

Tierarzt

Tierbesitzer

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift bei Kostenübernahme)

### Patient

Tierart:  Hund  Rind  Pferd

Tiername: \_\_\_\_\_

Tier-ID: \_\_\_\_\_

Datum der Probennahme: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Probenkennzeichnung: \_\_\_\_\_

Anamnese:

**Eingesandtes Probenmaterial:**  
(Abkürzungslegende)

\_\_\_ g Warzenmaterial in physiologischer  
Kochsalzlösung (evtl. mit Antibiotikazusatz)

### Gewünschte Untersuchung(en): (Bitte ankreuzen!)

<b>Papillomavirus</b>	<b>Virusnachweis:</b>	<input type="checkbox"/> EM oder PCR <sup>1,2</sup>	<b>Warzen, ca. 1g</b>
	<b>Vakzineherstellung:</b>	<input type="checkbox"/> Stall-/ zwingerspezifische Papillom- bzw. Sarkoid- Vakzine	<b>Warzen, min. 1g</b>

**Anzahl der Impflinge**  
(je Impfling werden idR. 2 Dosen hergestellt)

**Vakzineherstellung auch bei negativem EM/ PCR Befund  
gewünscht**

JA  NEIN

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Abkürzungen

PCR: Polymerase-Kettenreaktion (Virusgenom-Nachweis)  
EM: Elektronenmikroskopische Untersuchung (Virus-Nachweis)

1 routinemäßig wird der Nachweis mittels EM geführt.  
2 beim equinen Sarkoid wird keine EM Untersuchung durchgeführt