



## INZENDFORMULIER MONSTERS PLUIMVEE residu en klinisch chemisch onderzoek

Aantal monsters:	Autorisatie	Ontvangststicker:	Inzendnummer:	<b>In te vullen door de GD</b>
Faeces: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Swab: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diversen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum	Deze ruimte niet beschrijven		Deze ruimte niet beschrijven
Serum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Div. bloed: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paraaf			

### Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen

### GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.

<b>Veehouder (eigenaar UBN):</b> Adres: Postcode + Plaats:	UBN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
<b>Dierenarts/praktijk:</b> Postcode + Plaats:	Nr.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
<b>Voorlichter:</b> Adres: Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
<b>Kuikenbroeder:</b> Adres: Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
<b>Overige zoals voederfabriek/integratie:</b> Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
<b>GD-medewerker:</b>	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
<b>Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 12.5%;">Inzender is</th> <td>Veehouder</td> <td>Dierenarts</td> <td>Voorlichter</td> <td>Kuikenbroeder</td> <td>Voederfabriek</td> <td>Integratie</td> <td>GD-medewerker</td> <th style="width: 12.5%;">Extra</th> </tr> <tr> <th>Uitslag naar</th> <td>Veehouder</td> <td>Dierenarts</td> <td>Voorlichter</td> <td>Kuikenbroeder</td> <td>Voederfabriek</td> <td>Integratie</td> <td>GD-medewerker</td> <td>Engelse uitslag</td> </tr> <tr> <th>Factuur naar</th> <td>Veehouder</td> <td>Dierenarts</td> <td>Voorlichter</td> <td>Kuikenbroeder</td> <td>Voederfabriek</td> <td>Integratie</td> <td>GD-medewerker</td> <td></td> </tr> <tr> <th>Materiaal</th> <td colspan="2">Swab uit/van: _____</td> <td colspan="6">Overige: _____</td> </tr> </table>	Inzender is	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	Extra	Uitslag naar	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	Engelse uitslag	Factuur naar	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker		Materiaal	Swab uit/van: _____		Overige: _____						
Inzender is	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	Extra																													
Uitslag naar	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	Engelse uitslag																													
Factuur naar	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker																														
Materiaal	Swab uit/van: _____		Overige: _____																																		

### Vul altijd onderdeel 1,2 en 3 in.

1. Diersoort	2. Productietype	3. Productiedoel	
_____ <b>Extra</b>			Stalnummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aantal dieren: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geboortedatum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ras/merk: _____

Reden inzending:	Monstergegevens:		
Project nr.: _____	Datum monstername: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tijd (uur:min.): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monstername: _____	Gemerkt/genummerd als volgt: _____	
Opdrachtgever:	KIP-nummer:		Monsternemer:
Naam: ..... Handtekening: ..... Datum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Naam: ..... GD                  Dierenarts                  Voorlichter Pluimveehouder                  Anders

**Residu-onderzoek (ei/vlees) / klinisch chemisch onderzoek**

Ⓞ<sup>1\*</sup>

Ⓞ<sup>1\*</sup> Monstermateriaal tijdig opsturen (<24 u bij GD).

**Toelichting / Anamnese** (Deze toelichting wordt enkel vermeld op de uitslag en wordt door GD niet gebruikt bij de verwerking in ons laboratorium)