



INZENDFORMULIER PCR's PAARD (geen sectiemateriaal)

Aantal monsters:	Autorisatie	Ontvangst sticker:	Inzendnummer:
Abces inh. <input type="checkbox"/> Biopt <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> Spermia <input type="checkbox"/> Spoeling <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Weefsel <input type="checkbox"/> Gekoeld <input type="checkbox"/> Ongekoeld <input type="checkbox"/>	Datum <input type="text"/>	Deze ruimte niet beschrijven	
Paraaf <input type="text"/>		Deze ruimte niet beschrijven	

Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen

Praktijk: _____ Dierenarts: _____ Adres: _____ Postcode + Plaats: _____ Telefoonnummer: _____	DAPNR: <input type="text"/> Inzender DAP _____ Uitslag DAP _____ Rekening DAP _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):

Materiaal	Abces inhoud	Biopt	Bloed	Faeces	Spermia	Spoeling	Swab	Urine	Weefsel
-----------	--------------	-------	-------	--------	---------	----------	------	-------	---------

Datum monstername: - - Tijd (uur:min.) monstername: :

Monster nr.	Naam paard	Chipnummer	Geboortedatum
01		<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
02		<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
03		<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
04		<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
05		<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Verschijnselen	Extra informatie
Ademhalingsproblemen Kreupelheid Abortus/verwerpen Prestatieproblemen Circulatiestoornissen Slecht eten Diarree Vermageren Hoesten Vruchtbaarheidsproblemen Huidaandoening Zenuwverschijnselen Koorts -----	----- (Informatie zoals vaccinatie en behandeling met medicijnen) Datum behandeling: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Middel: -----

Opdrachtgever
Naam: _____ Handtekening: _____ Datum: _____

Bacteriën - Regulier	Bacteriën - Spoed (let op ander tarief!) en monstermateriaal kan niet worden gecombineerd met regulier onderzoek !)
Bloed	
Faeces	
Swab	
Spoeling	
Abces-inhoud	
Urine	
Virussen - Regulier	Virussen - Spoed (let op ander tarief!) en monstermateriaal kan niet worden gecombineerd met regulier onderzoek !)
Bloed	
Biopt	
Sperma	
Swab	
Weefsel	
Parasieten	
Bloed	
Combinatie pakketten (Parasieten/Virussen/Bacteriën)	