



## INZENDFORMULIER MONSTERS PAARD excl. PCR's (geen sectiemateriaal)

Aantal monsters:	Autorisatie	Ontvangst sticker:	Inzendnummer:																				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Serum</td> <td style="text-align: center;">EDTA</td> <td style="text-align: center;">Heparine</td> <td style="text-align: center;">Faeces</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Urine</td> <td style="text-align: center;">Swab</td> <td style="text-align: center;">Sperma</td> <td style="text-align: center;">Diversen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Gekoeld</td> <td style="text-align: center;">Ongekoeld</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Serum	EDTA	Heparine	Faeces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urine	Swab	Sperma	Diversen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gekoeld	Ongekoeld			Datum	Deze ruimte niet beschrijven	Deze ruimte niet beschrijven
Serum	EDTA	Heparine	Faeces																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Urine	Swab	Sperma	Diversen																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Gekoeld	Ongekoeld																						
	Paraaf																						

### Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen

<b>Praktijk:</b>	DAPNR: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Dierenarts:	Inzender DAP
Adres:	Uitslag DAP
Postcode + Plaats:	Rekening DAP
Telefoonnummer:	Engelse uitslag

Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):

Materiaal	Swab uit/van.....	Biopt uit/van.....	(Uitsluitend bij bacteriologisch onderzoek)
-----------	-------------------	--------------------	---

Proef/Project GD-nr. \_\_\_\_\_

Datum monstername: <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	Tijd (uur:min.) monstername : <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/>
--	---

Monsternummer	Naam paard	Chipnummer
		<input style="width: 100%;" type="text"/>
		<input style="width: 100%;" type="text"/>
		<input style="width: 100%;" type="text"/>
		<input style="width: 100%;" type="text"/>
		<input style="width: 100%;" type="text"/>

**Toelichting / Anamnese**

**Opdrachtgever**

Naam: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Bacteriën**

Bloed

Faeces



Overig



**Virussen**

**Cel- en weefselpathologie**

Overig

**Parasieten**

Bloed



Faeces

**Water**



**Klinische Chemie/ toxicologie**



Organen



Monstermateriaal gekoeld opsturen.



Monstermateriaal tijdig opsturen (<24 u bij GD).



Monstermateriaal tijdig opsturen (<48 u bij GD).

Toxicologisch