



INZENDFORMULIER MONSTERS PLUIMVEE excl. PCR's (geen sectiemateriaal)

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

Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen

GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.

Veehouder (eigenaar UBN): Adres: Postcode + Plaats:	UBN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dierenarts/praktijk: Postcode + Plaats:	Nr.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Voorlichter: Adres: Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kuikenbroeder: Adres: Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Overige zoals voederfabriek/integratie: Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
GD-medewerker:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur): <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"/>								
Inzender is	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	Extra
Uitslag naar	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	Engelse uitslag
Rekening naar	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	
Materiaal	Bloed	Faeces	Swab uit/van: _____	Overige: _____				

Diertype:	Legkip	Vleeskip	Kalkoen	Eend	Koppelgegevens				
Fok	LF	SF	KF	EF	Stalnummer:	<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"/>	
Opfok vermeerd.	LO	SO	KO	EO		Koppelgrootte:	<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"/>
Vermeerdering	LV	SV	KV	EV	Geboortedatum:		<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"/>
Vlees		SS	KS	ES		Ras/merk:	_____		
Opfok Leg	OL				_____				
Leg (scharrel)	LLZ				_____				
Leg (uitloop)	LLU				_____				
Leg (biologisch)	LLB				_____				
Leg (vaccin)	LLV				_____				
Leg (kolonie)	LLK				_____				
			Overig		_____				

Reden inzending:	Monstergegevens:	Laatst uitgevoerde entingen:					
Georganiseerd pluimvee-onderzoek	Datum monsternamen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enting	Vaccin	Datum	Enting	Vaccin	Datum
Export	Tijd (uur:min.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CAV		-	EDS		-
Vrijwillig onderzoek	Monsternamen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SAL		-	PD		-
Buitenlandse inzending	Datum verzonden: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mg		-	TRILZ		-
Pilot GD nr. _____	Gemerkt/genummerd als volgt: _____	IB		-	ILT		-
		NCD		-	REO		-
		Gumboro		-	TRT		-

Opdrachtgever:	Monsternemer:
Naam: Handtekening: Datum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Naam:..... KIP-nummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GD Dierenarts Voorlichter Hosowo Pluimveehouder Anders

