



INZENDFORMULIER PCR's PLUIMVEE (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
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. Productiedoel	3. Productietype	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"/>	
			Aantal dieren:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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:	_____	
Extra					

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"/>	Gemerkt/genummerd als volgt: _____
Opdrachtgever:	Monsternemer:		
Naam:	KIP-nummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Naam:	
Handtekening:		GD Dierenarts Voorlichter	
Datum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Pluimveehouder Anders	

FTA-card

↳

↳

↳

↳

↳

Bursa

↳

Cultuur

Ei

Faeces

Serum

Stof

Swab

↳

↳

↳

↳

Weefsel

↳

↳

Veerpunten

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