



INZENDFORMULIER MONSTERS RUNDEREN (geen sectiemateriaal)

Aantal monsters:	Authorisatie	Ontvangst sticker:	Inzendnummer:	In te vullen door de GD																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Melk</td> <td>Faeces</td> <td>Swab</td> <td>Diversen:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Serum</td> <td>EDTA</td> <td>Heparine</td> <td>Div bloed:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Melk	Faeces	Swab	Diversen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serum	EDTA	Heparine	Div bloed:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum	Deze ruimte niet beschrijven		Deze ruimte niet beschrijven
Melk	Faeces	Swab	Diversen:																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Serum	EDTA	Heparine	Div bloed:																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
				Paraaf																

Formulier VOLLEDIG invullen.

GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.

Veehouder (eigenaar UBN): ----- Adres: ----- Postcode + Plaats: -----	UBN : <input type="text"/> Rel : <input type="text"/>
Dierenarts/praktijk: ----- Plaats: -----	DAP Nr : <input type="text"/>
Overige : ----- Postcode + Plaats: -----	Nr : <input type="text"/>

Inzender is:	Veehouder	Dierenarts	Overige	Engelse uitslag
Uitslag naar:	Veehouder	Dierenarts	Overige	
Rekening naar:	Veehouder	Dierenarts	Overige	

Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):

monsternummer	Levensnummer	monsternummer	Levensnummer

Proef/Project GD-nr. _____

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

Opdrachtgever	Toelichting / Anamnese
Naam: Handtekening: Datum:	

Bacteriën

Bloed

Melk

FTA card

Erfelijke afwijkingen

Opslag

Virussen

Bloed

Melk

Overig

Parasieten

Bloed



Melk

Faeces

Klinische Chemie

Bloed



Melk

Urine

Organen

Biopt

Toxicologisch

* cons. = geconserveerd

^{1*} Monstermateriaal tijdig opsturen (<24 u bij GD).



INZENDFORMULIER MONSTERS RUNDEREN BACTERIOLOGISCH ONDERZOEK EN PARASieten FAECES ONDERZOEK

Aantal monsters:	Authorisatie	Ontvangst sticker:	Inzendnummer:
Melk: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> Serum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EDTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heparine: <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"/> Gekoeld: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ongekoeld: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum: _____ Paraaf: _____	Deze ruimte niet beschrijven	Deze ruimte niet beschrijven

Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen.

GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.

Veehouder (eigenaar UBN): _____	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"/>
Adres: _____	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"/>
Postcode + Plaats: _____	
Dierenarts/praktijk: _____	DAP Nr : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaats: _____	
Overige : _____	Rel Nr : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Postcode + Plaats: _____	

Inzender is	Veehouder	Dierenarts	Overige	Engelse uitslag
Uitslag naar:	Veehouder	Dierenarts	Overige	
Rekening naar	Veehouder	Dierenarts	Overige	
Materiaal	Swab uit/van: _____ Overige: _____			

(Uitsluitend bij bacteriologisch onderzoek)

Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):

monsternummer	Levensnummer	Leeftijd	Kwartier LV,RV,LA,RA	ABG*		Mycoplasma** pool nr.
				alg.	myc	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dg wk mnd jr				

* ABG = Gevoeligheidsbepaling: alg = Algemeen. Max.1 gevoeligheidsbepaling per monster.

* ABG = Gevoeligheidsbepaling:myc = Mycoplasma (11623 en 11633). Aankruisen indien gewenst.

** Hier aangeven welke monsters in 1 pool. Pooling tot maximaal 3 monsters

Proef/Project GD-nr. _____ Datum monstername: - - Tijd (uur:min.) monstername : :

Opdrachtgever	Toelichting / Anamnese
Naam: Handtekening: Datum:	

Bacteriën

Melk

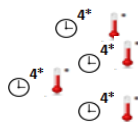


* cons. = geconserveerd


Faeces



Overig



* Geef aan op de voorkant van het formulier per monster in de kolom ABG* of er een algemene gevoeligheidsbepaling uitgevoerd moet worden

 4* Monstermateriaal tijdig opsturen (<14 uur bij

 4* Monstermateriaal gekoeld opsturen.

Parasieten / Overig

Faeces

Virussen

Overig