

## Bakteriologie und Mykologie

NOTFALL  VORBEFUND-NR. ....

<p><b>Tierhalter</b></p> <p>Name: ..... Vorname: .....</p> <p>Adresse: .....</p>	<p>Einsender (Stempel)</p>																																
<p><b>Tier</b></p> <p>Tierart: ..... Rasse: ..... Geschlecht: .....</p> <p>Name: ..... Alter: ..... Nr: .....</p> <p><small>Rechnungstellung nur an Tierarzt oder Tierklinik / Preise in EUR zzgl. gesetz. MwSt. (monatl. Sammelrechnung)</small></p>	<p>E-Mail: .....</p>																																
<p><b>Diagnose / Verdachtsdiagnose / Symptome</b></p>																																	
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"><b>Untersuchungsmaterial</b></td> <td style="width:50%;"><b>entnommen am</b> .....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p><b>Abstrich:</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auge</td> <td><input type="checkbox"/> Eiter</td> <td><input type="checkbox"/> Tracheobronchial-Wash</td> <td><input type="checkbox"/> Patient</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haut</td> <td><input type="checkbox"/> Liquor</td> <td><input type="checkbox"/> Milch (Wiederkäuer)</td> <td><input type="checkbox"/> Vorbehandelt:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nase</td> <td><input type="checkbox"/> Punktat</td> <td><input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ohr</td> <td><input type="checkbox"/> Wundabstrich</td> <td><input type="checkbox"/> Kloake</td> <td><input type="checkbox"/> Ja mit _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rachen</td> <td><input type="checkbox"/> Vagina/Urethra</td> <td><input type="checkbox"/> Urin</td> <td><input type="checkbox"/> Seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stutentupfer</td> <td><input type="checkbox"/> Präputium</td> <td><input type="checkbox"/> Spontan-Urin</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Zystozentese-, Katheter-Urin</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> <td></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> </table>		<b>Untersuchungsmaterial</b>	<b>entnommen am</b> .....	<p><b>Abstrich:</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auge</td> <td><input type="checkbox"/> Eiter</td> <td><input type="checkbox"/> Tracheobronchial-Wash</td> <td><input type="checkbox"/> Patient</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haut</td> <td><input type="checkbox"/> Liquor</td> <td><input type="checkbox"/> Milch (Wiederkäuer)</td> <td><input type="checkbox"/> Vorbehandelt:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nase</td> <td><input type="checkbox"/> Punktat</td> <td><input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ohr</td> <td><input type="checkbox"/> Wundabstrich</td> <td><input type="checkbox"/> Kloake</td> <td><input type="checkbox"/> Ja mit _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rachen</td> <td><input type="checkbox"/> Vagina/Urethra</td> <td><input type="checkbox"/> Urin</td> <td><input type="checkbox"/> Seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stutentupfer</td> <td><input type="checkbox"/> Präputium</td> <td><input type="checkbox"/> Spontan-Urin</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Zystozentese-, Katheter-Urin</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Eiter	<input type="checkbox"/> Tracheobronchial-Wash	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Milch (Wiederkäuer)	<input type="checkbox"/> Vorbehandelt:	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Punktat	<input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ohr	<input type="checkbox"/> Wundabstrich	<input type="checkbox"/> Kloake	<input type="checkbox"/> Ja mit _____	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Vagina/Urethra	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Seit: _____	<input type="checkbox"/> Stutentupfer	<input type="checkbox"/> Präputium	<input type="checkbox"/> Spontan-Urin			<input type="checkbox"/> Zystozentese-, Katheter-Urin	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<b>Untersuchungsmaterial</b>	<b>entnommen am</b> .....																																
<p><b>Abstrich:</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auge</td> <td><input type="checkbox"/> Eiter</td> <td><input type="checkbox"/> Tracheobronchial-Wash</td> <td><input type="checkbox"/> Patient</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haut</td> <td><input type="checkbox"/> Liquor</td> <td><input type="checkbox"/> Milch (Wiederkäuer)</td> <td><input type="checkbox"/> Vorbehandelt:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nase</td> <td><input type="checkbox"/> Punktat</td> <td><input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ohr</td> <td><input type="checkbox"/> Wundabstrich</td> <td><input type="checkbox"/> Kloake</td> <td><input type="checkbox"/> Ja mit _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rachen</td> <td><input type="checkbox"/> Vagina/Urethra</td> <td><input type="checkbox"/> Urin</td> <td><input type="checkbox"/> Seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stutentupfer</td> <td><input type="checkbox"/> Präputium</td> <td><input type="checkbox"/> Spontan-Urin</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Zystozentese-, Katheter-Urin</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Eiter	<input type="checkbox"/> Tracheobronchial-Wash	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Milch (Wiederkäuer)	<input type="checkbox"/> Vorbehandelt:	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Punktat	<input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ohr	<input type="checkbox"/> Wundabstrich	<input type="checkbox"/> Kloake	<input type="checkbox"/> Ja mit _____	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Vagina/Urethra	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Seit: _____	<input type="checkbox"/> Stutentupfer	<input type="checkbox"/> Präputium	<input type="checkbox"/> Spontan-Urin			<input type="checkbox"/> Zystozentese-, Katheter-Urin	<input type="checkbox"/> Sonstiges:						
<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Eiter	<input type="checkbox"/> Tracheobronchial-Wash	<input type="checkbox"/> Patient																														
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Milch (Wiederkäuer)	<input type="checkbox"/> Vorbehandelt:																														
<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Punktat	<input type="checkbox"/> Kot/Kottupfer	<input type="checkbox"/> Nein																														
<input type="checkbox"/> Ohr	<input type="checkbox"/> Wundabstrich	<input type="checkbox"/> Kloake	<input type="checkbox"/> Ja mit _____																														
<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Vagina/Urethra	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Seit: _____																														
<input type="checkbox"/> Stutentupfer	<input type="checkbox"/> Präputium	<input type="checkbox"/> Spontan-Urin																															
	<input type="checkbox"/> Zystozentese-, Katheter-Urin	<input type="checkbox"/> Sonstiges:																															

- Bakterielle Untersuchung (Mikroskopie, Kultur, Differenzierung)°
- Bakterielle Untersuchung Anaerob (anaerobe Kultur, Differenzierung)°
- Bakterielle Untersuchung Urin (Keimzahl, Mikroskopie, Kultur)°
- Bakterielle Untersuchung Milch (Mikroskopie, Kultur, Differenzierung)° / Viertel
- Bakterielle Untersuchung Kot: Salmonellen, Yersinia, Campylobacter
- Bakterielle Untersuchung Kot (erweitert): Barteriologie, Mykologie, Salmonellen, Endoparasiten
- Bakterielle Untersuchung Kot (BARF): Salmonellen, Yersinia, Campylobacter, Listerien, Endoparasiten
- Uricult Auswertung: Keimzahl, Differenzierung
- °jede weitere Keim-Differenzierung
- °Antibiogramm (wenn erforderlich, je Keim in Verbindung mit bakteriologischer Untersuchung)
- Mykologie
- Dermatophyten + Hefen

### Spezielle Untersuchungen:

- Zytologie
- Ektoparasiten
- Sarcptes ELISA: Hund
- Sarcptes PCR
- Dermatophyten PCR

### Pferd

- Taylorella equigenitalis PCR
- Zuchthygiene Pferd I: Bakteriologie
- Zuchthygiene Pferd II: Bakteriologie + Mykologie

### Heimtiere

- Bordetella bronchiseptica PCR