

<b>Formblatt</b>	<b>Universitätsklinik für Geflügel und Fische Abteilung Fischgesundheit</b>			<b>vetmeduni</b>
Erstellt: Lewisch 01/2017	Geändert: Lewisch 12/2024	Geprüft: Troxler 12/2024	Freigabe: Holzer (siehe LDB)	<b>FB/82/V3.2</b>
<b>Untersuchungsanforderung zur Aufrechterhaltung des Status gem. EU 2020/689 Anhang VI</b>				

**Vom Labor auszufüllen**

Datum Probeneingang: . . . . . 2025	Protokoll-Nr.: <b>PAF25/</b> . . . . .
Unterschrift:	bis <b>PAF25/</b> . . . . .

**Probentransport** (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Post <input type="checkbox"/>	Persönlich <input type="checkbox"/>	Botendienst <input type="checkbox"/>	Verpackung ausreichend ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> *
Gekühlt <input type="checkbox"/>	Gefroren <input type="checkbox"/>	Nicht gekühlt <input type="checkbox"/>	* Grund:

**A Angaben zum Betrieb**

Name, Adresse: Telefon: E-Mail:	
Weitere Angaben sofern vorhanden	
Genehmigungs-/Registrierungsnummer:	LFBIS Nr.
Gehaltene Fischarten	
Produktionsrichtung(en)	Speisefischproduktion <input type="checkbox"/> Setzlingsproduktion <input type="checkbox"/> Laichfischhaltung <input type="checkbox"/> Eierbrütung <input type="checkbox"/>
Wasserversorgung	Quelle <input type="checkbox"/> Bach <input type="checkbox"/> Grundwasser <input type="checkbox"/> Seewasser <input type="checkbox"/> Himmelteich <input type="checkbox"/>
Oberlieger	Eigene <input type="checkbox"/> Fremde <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>
Unterlieger	Eigene <input type="checkbox"/> Fremde <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>

<b>Befundübermittlung</b>	An Tierarzt <input type="checkbox"/>	An Betrieb <input type="checkbox"/>	An BH <input type="checkbox"/>	Per Post <input type="checkbox"/>	Per Mail <input type="checkbox"/>
<b>Rechnung</b>	An Tierarzt <input type="checkbox"/>	An Betrieb <input type="checkbox"/>		Per Post <input type="checkbox"/>	Per Mail <input type="checkbox"/>

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

**B Angaben zum Probenmaterial**

<b>Proben entnommen am:</b>		<b>von:</b>
<b>Fische lebend</b> <input type="checkbox"/>	<b>tot</b> <input type="checkbox"/>	<b>Fortpflanzungsprodukte</b> <input type="checkbox"/>
<b>Anzahl</b>	<b>Art</b>	<b>Haltungseinheit</b>

Erwünschte Untersuchung auf: VHS <input type="checkbox"/> IHN <input type="checkbox"/> KHV <input type="checkbox"/> anderes:
--

**C Betreuungstierarzt**

Name, Adresse, Tel., E-Mail
-----------------------------

.....  
Datum

.....  
Für die Richtigkeit der Angaben: Unterschrift