



**Taubenklinik des Verbandes
Katernberger Str. 115
45327 Essen**

laufende Nummer:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Einsender	
Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ Ort
Telefon:
E-Mail:

Bitte denken Sie daran, dass genügend Kot gesammelt werden muss.

Probe: (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> Sammelprobe	<input type="radio"/> Einzeltierprobe (Name:.....)
	eventuell Tiername:	
Spezies & Anzahl:	
seit wann im Besitz:	
Haltung der Vögel	<input type="radio"/> Käfig <input type="radio"/> Voliere <input type="radio"/> Außenvoliere <input type="radio"/> Fundtier	
	<input type="radio"/> Sonstiges	
Gewünschte Untersuchung:	<input type="radio"/> Würmer/Kokzidien <input type="radio"/> Bakterien (coliforme) <input type="radio"/> Pilze (Anzucht)	
	<input type="radio"/> Giardien <input type="radio"/> Pankreastest(Stärkenachweis) <input type="radio"/> Magenpilze("Megas")	
Krankheitsanzeichen, falls vorhanden:	
	
Welche Medikamente werden verabreicht?	
	

Ich wünsche die Mitteilung des Befundes per

E-Mail

Post

Datum

Unterschrift