

**Barcode**

Intern <i>For lab use only</i>	
Barcode <i>Barcode</i>	Kommentar <i>Notes</i>
Eingangsdatum <i>Date of sample arrival</i>	



IDEXX GmbH  
Mörikestr. 28/3  
D-71636 Ludwigsburg  
Amtsgericht Stuttgart HRB 207218  
Geschäftsführer: Andrew Ferguson,  
John R. Morton, Jacqueline L. Studer,  
Brian P. McKeon

Tel.: D +49 (0)69 153 253 820  
Tel.: A +43 (0)1 206 092 729  
Fax: +49 (0)7141 6483 555  
hotline-germany@idexx.com  
www.idexx.eu



**Grund der Untersuchung** *Reason for testing*

Reisen nach *Travel to*

Einreise in die EU *Import into EU*

Einreise in sonstige Länder\*\* *Import to other countries\*\**

---

\*\* Vor Reisen in außereuropäischen Ländern informieren Sie sich bitte vorher über die geltenden Einreisebestimmungen. *Please inform yourself about the valid travelling guidelines before travelling to not Europeans countries.*

Sonstiges *Other*

Nur zur Titerbestimmung *For titer level only*

Eilige Probe - Ergebnis benötigt bis spätestens *Urgent sample - result required by* \_\_\_\_\_

## Antrag auf Tollwut-Antikörperbestimmung für Tiere *Rabies antibody testing in animals*

Mittels „fluorescent antibody virus neutralisation“ (FAVN) Test, gemäß O.I.E. *Using "fluorescent antibody virus neutralisation" (FAVN) test according to the O.I.E. "Manual of standards of diagnostic tests and vaccines"*

**Wichtig:** Bitte unbedingt vollständig und gut leserlich (Druckschrift) ausfüllen. *Important: Please fill in in capitals or typewritten only.*

Bitte beachten: **NUR SERUM (ca 1 ml) IN GUTER QUALITÄT**, nicht lipämisch und hämolytisch. Probe eindeutig kennzeichnen (Mikrochip-Nummer, Tier- und Besitzername und ggf. Barcodenummer). *Please note: ONLY SERUM OF GOOD QUALITY (approx. 1 ml, not lipemic and not hemolytic). Please ensure correct sample identification (microchip no., animal's and owner's name, barcode)*

**Einsender / Auftraggeber** *Submitting veterinary surgeon*

Name Tierärztin/-arzt *Veterinarian/Name*

Adresse/Land *Address/Country*

**Besitzer** *Owner* (obligatorisch *obligatory*)

Rechnung an Tierbesitzer *Invoice to pet owner* *(for Germany only)*

Name/Vorname *Family name/First name*

Adresse/Land *Address/Country*

Unterschrift des Besitzers *Signature of the owner*

**Tier** *Animal*

Die Implantation eines Mikrochips vor der Impfung ist zwingend erforderlich. *A microchip implantation is required prior to the vaccination.*

Tierart *Species*

Name *Name*

Geschlecht *Sex*

männlich *Male*     weiblich *Female*

kastriert *Neutred*

Geburtsdatum/Alter *Date of Birth/Age*

Rasse *Breed*

Mikrochip Nr. *Microchip-No.*

Tätowierung Nr. *Tattoo No.*

Datum der Implantation *Date of implantation*

**Angaben zur Tollwutimpfung** *Rabies vaccination*

Impfstoff *Vaccine Brand*

Chargennummer *Batch No.*

Datum der letzten Impfung *Date of last vaccination*

Datum der Blutentnahme und Mikrochip-Ablesung *Date of sample collection and microchip reading*

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. *I hereby confirm that the details above are correct.*

Ich akzeptiere die AGBs für Labortests von IDEXX/Vet Med Labor (EMEA) (aktuelle Ausgabe, Download idexx.eu) und erteile der IDEXX GmbH den Auftrag, die ausgewählten Tests gemäß der aktuellen Preisliste durch die Vet Med Labor GmbH als Subunternehmen durchführen zu lassen. *I hereby confirm the T&Cs of IDEXX/Vet Med Labor (EMEA) (current version, download www.idexx.eu) and authorize IDEXX GmbH to perform the selected test based on the current price list via the subcontractor Vet Med Labor GmbH.*

Datum *Date*

Unterschrift und Stempel der Tierärztin/des -arztes *Signature and stamp of the submitting veterinary surgeon*

D199 Stand 0118