

TIERHALTER (Bitte Angeben prüfen)		TIERARZT STEMPEL	BARCODE
Name			Prioritäre Bearbeitung Alle Testcodes mit einem "P" am Ende verrechnen wir mit einem Aufpreis. Siehe aktuelle Preisliste. RECHNUNG AN ☐ Tierhalter¹ ☐ Tierarzt
Strasse			
PLZ Ort			
E-Mail			
			Bitte hier aufkleben
PATIENTENDATEN		MATERIAL	PROBENEINGANG IM LABOR
☐ Hund ☐ Pferd ☐ Katze ☐ andere Tierart		HISTOLOGIE	ZYTOLOGIE
Name		☐ Tumoresektion:	☐ Ausstrich von:
Rasse		☐ Komplette Exzision	☐ FNA
Alter		☐ Partiiell	☐ Geschabsel
Geschlecht	☐ ♀ ☐ ♂ ☐ kastriert am (Datum):	☐ Biopsie	☐ Von Abklatsch/Tupfer/Cytobrush
		☐ Endoskopisch	☐ Punktatsflüssigkeit:
		☐ Vollwand	☐ BAL ☐ TBS
		☐ Organe, welche:	☐ Liquor
			☐ Anderes:
Mikrochip Nr.			

HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN	
Regulär	Prioritäre Bearbeitung: 1 bis 3 Tage ^a
☐ HISTS Dermatopathologie - diffuse + lokale nicht-neoplastische Läsionen (Tumoren: HISTU - HISTU9)	☐ HISTSP
☐ HISTGI Magen-Darm - Biopsien (Hund/Katze), endoskop. oder Vollwand; diffuse Läsionen (Tumoren: HISTU - HISTU9)	☐ HISTGIP
☐ HISTLIV Leberbiopsien - Chronische Hepatitis (Hund)	
☐ HISTOC Ophthalmologische Pathologie ^b	
☐ HISTUL Grosse Probe > 8 cm oder Zehen/Kiefer	
☐ HISTU 1 Lokalisation - alle ausser oben angeführte (s. Preisliste)	☐ HIST1P
☐ HISTU2 2 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST2P
☐ HISTU3 3 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST3P
☐ HISTU4 4 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST4P
☐ HISTU5 5 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST5P
☐ HISTU6 6 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST6P
☐ HISTU7 7 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST7P
☐ HISTU8 8 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST8P
☐ HISTU9 > 8 Lokalisationen oder Mammakomplexe	☐ HIST9P
HISTOLOGIE – PROFILE	
☐ HISTFE Orales Profil m. FCV, FHV-1 (Katze) (Formalinmat. u. PCR-Brush nötig)	☐ HISTFEP

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN	
Prioritäre Bearbeitung: 1 Tag (+30 CHF)	☐
Zytologische Untersuchung max. 4 Objektträger pro Lokalisation	
☐ 1 CYTU ☐ 2 CYTU2 ☐ 3 CYTU3 ☐ 4 CYTU4 ☐ 5 CYTU5	
☐ 6 CYTU6 ☐ 7 CYTU7 ☐ 8 CYTU8 ☐ 9 CYTU9 > 8 Lokalisationen	
NUR Lymphknoten ohne Lokalisations- und Objektträgerbegrenzung	
☐ ZYLKN	
Lymphknotenzytologie PLUS 1-3 zusätzliche Massen/Läsionen	
☐ 1 LNCY1 ☐ 2 LNCY2 ☐ 3 LNCY3	
☐ ZYBLUT Blutausstrich inkl. grosses Blutbild	
☐ ZYKM Knochenmark inkl. grosses Blutbild (Blutausstrich mitsenden)	
☐ ZYGEN Genitaltrakt (bei Deckzeitpunkt Hd, bitte ankreuzen ☐)	
☐ ZYPF Leukozyten Uterus (Pferd)	
☐ URCYTO Urin Zytologische Untersuchung	
Flüssigkeiten bitte immer Anzahl der Lokalisationen ankreuzen	
Synoviaprofil 1-6 Lokalisationen	
☐ 1 SYN01 ☐ 2 SYN02 ☐ 3 SYN03	
☐ 4 SYN04 ☐ 5 SYN05 ☐ 6 SYN06	
Spülproben/Zystische Flüssigkeitszytologie 1-2 Lokalisationen	
☐ 1 WASH1 ☐ 2 WASH2	
Liquorprofil 1-2 Lokalisationen	
☐ 1 CSF1 ☐ 2 CSF2	
Körperhöhlenflüssigkeit 1-6 Lokalisationen	
☐ 1 BCFLD1 ☐ 1 mit Bakteriologie BCFLD1M	
☐ 2 BCFLD2 ☐ 3 BCFLD3 ☐ 4 BCFLD4 ☐ 5 BCFLD5 ☐ 6 BCFLD6	
☐ CBRAF BRAF Mutation Urotheliales oder Prostatakarzinom (Hund)	

ANAMNESE (für Haut unbedingt Rückseite berücksichtigen)		dorsal	ventral
Anzahl Gewebeprobe/Objektträger:	Entnahmedatum:	L R R L 1 2 3 4 (5) Entnahme aus Körperhöhlen: ☐ ja ☐ nein	
Grösse der Veränderung:			
Entnahmeort:			
Verteilung:	☐ solitär ☐ multipel		
Kompletteinsendung:	☐ ja ☐ nein		
Symptomatik seit:			
Klinische Diagnose/Verdachtsdiagnose:			
Therapiemassnahmen:			
Beteiligung regionaler Lymphknoten:			
☐ ja, wo?	☐ nein		
Rezidiv:	☐ ja ☐ nein	Diagnose:	

(Weitere allgemeine Vorberichtsangaben bitte auf Rückseite vermerken)

a Trotz Priorisierung kann in seltenen Fällen eine längere Bearbeitungsdauer aufgrund Gewebestand/ benötigter Spezialbehandlungen auftreten.
Auch in solchen Fällen bleibt die Priorisierung durchgängig gewährleistet und erfolgt eine Kommunikation des Zwischenstandes.

b Ein spezielles Augen-Antragsformular kann alternativ oder zudem genutzt werden (idexx.ch/formulare). Berichtssprache evtl. auf Englisch, nach Verfügbarkeit der Spezialisten.

DERMATOLOGIE ANAMNESE				(Bitte im umseitigen Tier-Schema Verteilung und Entnahmestellen einzeichnen)			
PRIMÄRE EFFLORESZENZEN				KONTAKT ZU ANDEREN TIEREN			
☐ Flecken☐ Papeln☐ Knötchen☐ Erythem ☐ Pusteln☐ Quaddeln☐ Bläschen				☐ ja, welche?☐ nein			
SEKUNDÄRE EFFLORESZENZEN				DERMATOPATHIEN BEI DIESEN TIEREN			
HYPERPIGMENTIERUNG ☐ ja☐ nein PIGMENTVERLUST ☐ ja☐ nein Ursprüngliche Fellfarbe in veränderten Bereichen: NARBE ☐ ja☐ nein ULZERA ☐ ja☐ nein SCHUPPEN ☐ lokal☐ diffus☐ keine KRUSTEN ☐ lokal☐ diffus☐ keine ANDERE:				☐ ja, welcher Art?☐ nein			
				FÜTTERUNG			
				☐ Nassfutter☐ Trockenfutter☐ Tischabfälle ☐ Anderes:			
HAARVERLUST				MEDIKATION (z. B. Steroide, AB, Antiparasitika, Impfung)			
☐ lokal☐ diffus☐ symmetrisch☐ nein							
HAARZUSTAND				Letzte Medikation (Datum):			
☐ fettig☐ trocken☐ brüchig☐ normal							
JUCKREIZ				HAUTSYMPTOME VERSCHLECHTERN SICH			
☐ stark☐ schwach☐ nein				☐ morgens☐ abends☐ im Haus☐ ausserhalb ☐ Frühling☐ Sommer☐ Herbst☐ Winter			
Ektoparasiten				GEBRAUCHSZWECK DES TIERES			
☐ ja, welche:☐ nein Behandlung:							
UMGEBUNGSWECHSEL IM LETZTEN JAHR/ AUSLANDSAUFENTHALT		☐ ja, wann?☐ nein Von? Nach?		WEITERE RELEVANTE BEFUNDE/ANDERE LABORBEFUNDE			
				(ggf. unsere Labor-Nr.)			
WEITERE ANMERKUNGEN / ANAMNESE / KLIN. BEFUNDE							
(Bei früheren IDEXX Diavet Untersuchungen bitte Labornummern angeben)							

LABORINTERNE VERMERKE

LABORVERMERKE	
Hiermit akzeptiere ich die AGB für Labortests von IDEXX Diavet AG (abrufbar unter: www.idexx.ch) und erteile der IDEXX Diavet AG den Auftrag, die ausgewählten Tests gemäss der aktuellen Preisliste durchzuführen. Der Schutz personenbezogener Daten ist für IDEXX sehr wichtig und unsere Datenschutzvereinbarung ist einsehbar unter https://www.idexx.com/privacy. 'Rechnungsstellung an Tierhalter erfolgt nur bei a) vollständiger Anschrift des Tierhalters b) durch Unterschrift bestätigtem Einverständnis des Tierhalters. Durch Ausfüllen der Tierhalterinformationen sowie durch meine Unterschrift bestätige ich, dass a) ich gemäss den AGB's meinen Anspruch gegen den o.g. Tierhalter auf das Entgelt für den/die angeforderten Test(s) an IDEXX abtrete und bei Nichtbezahlung durch den Tierhalter verantwortlich für die Bezahlung des Entgeltes an IDEXX bin und b) ich den Tierhalter über die IDEXX AGB bezüglich Tierhalterabrechnung informiert habe. Hinweis: Vermerken Sie bei den Bemerkungen, wenn es sich um ein Tier eines Praxismitarbeitenden handelt. Nachträglich können keine Gutschriften erstellt werden. Unterschrift Tierhalter (nur bei Tierhalterabrechnung) / Tierarzt (immer): _____	