Auftrag zur Untersuchung auf PRRS

im Rahmen des Beihilfeerlasses des MUGV, Ziff. 3.6 h und Ziff. 6 (ergänzend zum Einsendeformular des Labors)

Bitte für jeden Bestand (TSK- Nr.) einen extra Antrag ausfüllen !

Rechnungsadresse:	Akkreditiertes Labor:
LUGV Tierseuchenkasse Brandenburg PF 130 115 03024 Cottbus *Bitte die Untersuchungsbefunde auch an Task Force übermitteln! (Adresse s. unten)*	Landeslabor Berlin-Brandenburg Standort Frankfurt/Oder Gerhard-Neumannstr. 2-3 15236 Frankfurt/Oder Tel. 0335 5217-2100 Fax. 0335 5217-2270 Eingangsdatum: Eingangs-Nr.: *Bitte diesen Auftrag mit der Rechnung mitschicken!*

1. Angaben des Tierbesitzers:

TSK-Nummer ☐☐☐☐☐☐☐

Betriebsregistriernummer (HIT-Nr.) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name, Vorname bzw. Betriebsname : ..... / Stempel

Straße, Hausnummer……..
PLZ : ..... Ort : …….....

2. Einsendender Tierarzt / Stempel :

Name ……....
Anschrift:……...

3. Probenentnahme am: ……

Anzahl Proben Sauen: ☐☐☐ Mastschweine: ☐☐☐ Eber : ☐☐☐

4. Erklärung des Tierbesitzers zum Zweck der PRRS-Untersuchung:

Ich möchte PRRS zertifiziert werden / ich bin zertifiziert:

Ja ☐ (Anmeldung bei der Task Force erforderlich) Nein ☐

- Statuserhebung bei unbekanntem PRRS- Status ☐
- Verlaufsuntersuchung bei PRRS- unverdächtigem Bestand ☐
- Klärung von Infektionsabläufen ☐

Datum / Unterschrift des Tierbesitzers :…….....

5. Bestätigung der sachlichen Richtigkeit durch die Task Force

(Beihilfeerlass Ziff. 3.6 h und Ziff. 6):

Datum/Unterschrift/Stempel : .....

Adresse Task Force: Tel.: 03328 436 220/229
LUGV, Abt. V/ Ref. V2 Verbraucherschutz Fax: 03328.436 222
Task Force, Dorfstr.1, 14513 Teltow/ OT Ruhlsdorf