

Untersuchungsauftrag Aborte

für Mitglieder des Verein Steirischer Tiergesundheitsdienst



| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Einsender:in/Tierarzt, Tierärztin Name, Straße/Nr., PLZ, Ort, Tel.Nr., Email-Adresse, Firmenbuchnummer, UID | Tierhalter:in/Betrieb LFBISNr <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Name, Straße/Nr., PLZ, Ort, Email-Adresse St. TGD Mitglied <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | | | | | | | |
| Zusätzlicher Befundempfänger:in Name, Straße/Nr., PLZ, Ort, Tel.Nr., Email-Adresse, | Rechnungsempfänger:in <input type="checkbox"/> St. TGD | Amtstierarzt informiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | | | | | |

Untersuchungswunsch

| <input type="checkbox"/> Abortuspaket – Blut Rind* | <input type="checkbox"/> Abortuspaket – Blut kleine Wiederkäuer | <input type="checkbox"/> Abortuspaket – Fetus Rind* / kleine Wiederkäuer |
|--|--|---|
| SBV AK Neospora caninum AK Salmonella Dublin AK Coxiella burnetii AK Leptospiren AK Methode: ELISA MAT (Leptospiren) | SBV AK Pestivirus AK Brucella melitensis AK Coxiella burnetii AK Chlamydien AK Toxoplasmen AK Methode: ELISA | <input checked="" type="checkbox"/> Organentnahme für weiterführende Untersuchungen <input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung mittel <input type="checkbox"/> Antibiogramm je Erreger <input type="checkbox"/> Chlamydia, Coxiella, Neospora (Rind) / Toxoplasma (kl. Wdk.) – PCR <input type="checkbox"/> BTV / SBV Virus – PCR <input type="checkbox"/> Histologie klein, Standardpräparation |

* Das Untersuchungspaket bei Rinderaborten umfasst für den Einsender kostenfrei auch das amtliche Abortuntersuchungspaket (Bruc. Abortus, IBR/IPV, BVD etc).

Untersuchungsmaterial (Für eine höhere Aussagekraft ist die Einsendung von Abortmaterial (Fetus, Eihaut) und Serum erforderlich):

Blut Organe Sonstiges: _____

Bei Organ(teil)en ankreuzen: Lunge Leber Milz Niere Labmageninhalt Kopf / Gehirn Plazenta

Datum der Probenentnahme: _____

Tierart / Rasse: _____

| Kennzeichnung (Tätowierung / OM-Nr.) | Gefäßbeschriftung |
|--------------------------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |



| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Anamnese (Vorbericht) | Abort-Zeitpunkt: |
| | |

Entgelt

Für Mitglieder des Verein Steirischer Tiergesundheitsdienst (im folgenden St.TGD) erfolgt die Abrechnung im Rahmen der Abortuspakete und der angeführten weiteren Untersuchungen über den St. TGD.

Es gelten die oben und in den nachstehenden Hinweisen genannten Bedingungen und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der AGES GmbH in der zum Zeitpunkt der Auftragserteilung geltenden Fassung (siehe <http://www.ages.at/agb>) als vereinbart.

Ich bestätige, dass mit dem St. TGD eine Vereinbarung dahingehend getroffen wurde, dass dieser die Begleichung des Rechnungsbetrages übernimmt, sofern ich in die Befundübermittlung an den St. TGD durch die AGES zustimme und ersuche um direkte Weiterleitung des/der Befunde durch die AGES an den St. TGD.

Ich bestätige, dass ich die Einwilligung zum Versenden der Befunde an allenfalls obengenannte zusätzliche Befundempfänger gemäß DSGVO eingeholt habe und die AGES diesbezüglich schad- und klaglos halte.

_____, am _____
Ort Datum

Firma (Firmenstempel) und Unterschrift des/der Einsender:in /Tierarztes/Tierärztin

Name (in Blockbuchstaben)

Hinweise

Umfasste Programme

Gegenständliches Formular dient ausschließlich den Mitgliedern des St. TGD zur Einsendung von Proben zur Untersuchung durch die AGES für obenstehende Untersuchungspakete und angeführte Untersuchungen.

Gültigkeit des gegenständlichen Formulars

Gegenständliches Formular gilt für Probeneinsendungen ab dem 1.1.2025.

Zustandekommen des Vertrags

Der Vertrag mit der AGES kommt mit Einlangen der Proben zu Stande, wenn die Annahme nicht binnen 3 Werktagen nach Einlangen der Proben am Standort der AGES in Mödling ausdrücklich abgelehnt wird.

Angaben zur Probe

Auf Probenahme, Lagerung und Transport von Untersuchungsgegenständen, die vom Auftraggeber oder der Auftraggeberin abgegeben oder eingesandt werden, hat die AGES GmbH keinen Einfluss. Das Untersuchungsergebnis bezieht sich ausschließlich auf den übergebenen Untersuchungsgegenstand und den Umfang der durchgeführten Untersuchungen.

Angabe zur Verpackung von Proben und Postsendungen

Der/die Auftraggeber:in erklärt sich damit einverstanden, bei Proben- und Postsendungen an die AGES sichtbare und eindeutig lesbare Absender:innenangaben auf Briefen/Paketen anzugeben sowie Proben so dicht zu verpacken, dass beim Transport keine Substanzen austreten können. Hinweis: Poststücke ohne identifizierbare(n) Absender:in und/oder mit sichtbaren Flüssigkeits- oder Ölflecken können aus Sicherheitsgründen in der AGES nicht entgegengenommen werden.