

Wenn Sie eine automatische Mitteilung über den Stand der Bearbeitung Ihrer Proben erhalten möchten, dann geben Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adresse an:

(bitte gut lesbar in Druckbuchstaben angeben)

**Tauros Diagnostik GbR**  
Niederwall 5  
D-33602 Bielefeld

## Auftrag zur Untersuchung von Fischkrankheiten

### Angaben zum Auftraggeber

Firma: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Tierhalter / Rechnungsadresse

Firma: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

- KHV** = Koi-Herpesvirus / Koiseuche
- CEV** = Carp Edema Virus / Schlafkrankheit
- Columnaris** = F. columnaris / Columnariskrankheit
- Kleiner Gesundheitscheck** = Test auf KHV + CEV
- Großer Gesundheitscheck** = Test auf KHV + CEV + F. columnaris

**Wichtig:** Bitte für die Analysen nur Gewebe von max. 2 Fischen in einer Probe zusammenfassen!

Fischart/Herkunft: \_\_\_\_\_

Identifikation (z.B. Becken, Züchter)	Art der Probe (z.B. Kiemengewebe)
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____
10) _____	_____

KHV	CEV	Columnaris	Kleiner Gesundheitscheck	Großer Gesundheitscheck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum

Unterschrift