

BESITZERANGABEN – KD-NR.

Nachname Vorname

Straße PLZ / Wohnort

Telefon Festnetz Telefon mobil

Ausweisnummer

PATIENTENANGABEN – TIER-NR.

Name des Tieres Art/Rasse

Geburtsdatum (TT/MM/JJ) Aktuelles Gewicht (kg)

Geschlecht männlich weiblich Herkunft

Farbe Chip-/Tattoo-Nr.

Seit wann ist das Tier in Ihrem Besitz?

Hat Ihr Tier schon einmal eine Transfusion erhalten? Nein Ja

War Ihr Tier im Ausland (wenn ja wo)? Nein Ja

Ist Ihr Tier trächtig, oder hatte jemals Welpen? Nein Ja

Ist Ihr Tier regelmäßig entwurmt? Nein Ja

Gegen Ektoparasiten (Zecken, Flöhe, etc.) behandelt? Nein Ja

Hat Ihr Tier einen aktuellen Impfschutz? Nein Ja

VORUNTERSUCHUNG**HUND**

Blutgruppe	DEA 1.1
Blutbild	Erythrozytenzahl, Hb, Hkt, MCV, MCH, Leukozytenzahl, Differentialblutbild, Thrombozytenzahl
Biochemische Untersuchung	BUN, CREA, Na, Ka, Ca, PHOS, BILI, ALT, ALKP, GLDH, TP, ALB, GLU
Antikörper	4Dx Test (Anaplasmose, Borreliose, Ehrlichiose, Dirofilariose)
PCR	Babesiose
Harnstatus	Spez. Gewicht, Protein, Glukose, Blut

KATZE

Blutgruppe	A, B, AB
Blutbild	Erythrozytenzahl, Hb, Hkt, MCV, MCH, Leukozytenzahl, Differentialblutbild, Thrombozytenzahl
Biochemische Untersuchung	BUN, CREA, Na, Ka, Ca, PHOS, BILI, ALT, ALKP, GLDH, TP, ALB, GLU
Antikörper	FeLV FIV
PCR	Hämothrophe Mykoplasmen
Harnstatus	Spez. Gewicht, Protein, Glukose, Blut

Datum Unterschrift

Blutspenden



**Tiergesundheitszentrum
Oerzen**

Diese Angaben werden vom Fachpersonal ausgefüllt.

[illegible]