

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name des Tierhalters
Straße
PLZ, Ort
Rechnungsstellung an Tierhalter erfolgt nur bei a) vollständiger Anschrift des Tierhalters b) durch Unterschrift bestätigtem Einverständnis des Tierhalters.
Unterschrift des Tierhalters (nur bei Tierhalterabrechnung)

Adresse nur angeben, wenn der Tierhalter der Rechnungsempfänger ist



IDEXX GmbH
Humboldtstraße 2
D-70806 Kornwestheim
Germany
Amtsgericht Stuttgart, HRB 203453
Geschäftsführer: Jeffery D. Chadbourne,
Lily J. Lu, Willard R. Blanche, Jr.

Das aktuellste komplette Angebot finden Sie auf
vetconnectplus.de
vetconnectplus.at

Tel.: D +49 (0)69 153 253 290
Tel.: A +43 (0)1 206 092 729
laborservice@idexx.com
idexx.de, idexx.at

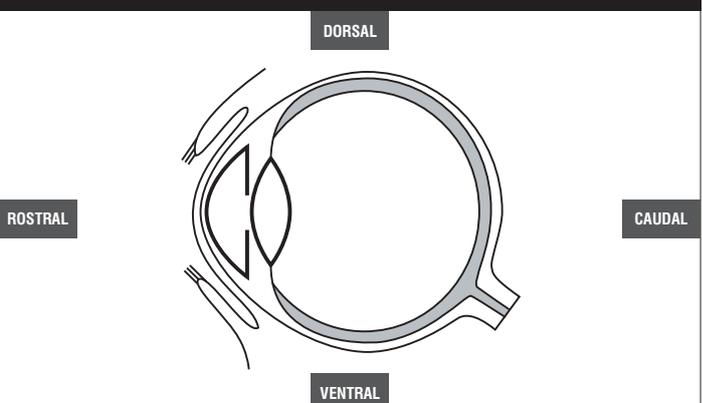
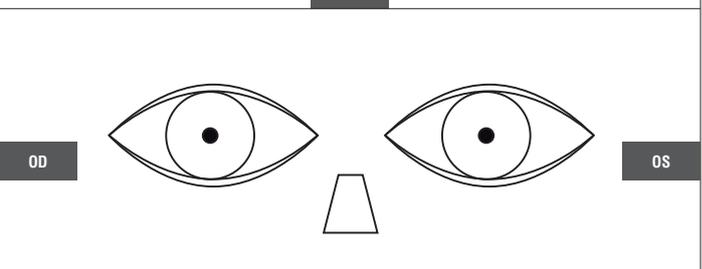
OCULAR HISTOLOGY DE/AT

BARCODE	PATIENT INFORMATION
<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px;"></div>	<input type="checkbox"/> Dog <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Cat <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Rabbit <input type="checkbox"/> Spayed <input type="checkbox"/> Horse <input type="checkbox"/> When? <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
INTERNAL FIELD	Owner's Name <input type="text"/>
<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px;"></div>	Pet's Name <input type="text"/>
	Breed <input type="text"/>
	Age <input type="text"/>

PRACTICE STAMP
<p>Hiermit akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen von IDEXX (AGBs), aktuelle Ausgabe www.idexx.de, und erteile der IDEXX GmbH den Auftrag, den/die angeforderten Test(s) gemäß der aktuellen Preisliste und AGBs durch die Vet Med Labor GmbH als Subunternehmen durchführen zu lassen. Tierhalterabrechnung: durch Ausfüllen der Tierhalterinformationen sowie durch meine Unterschrift bestätige ich, dass a) ich gemäß den AGBs meinen Anspruch gegen den o.g. Tierhalter auf das Entgelt für den/die angeforderten Test(s) an IDEXX GmbH abtrete und bei Nichtbezahlung durch den Tierhalter verantwortlich für die Bezahlung des Entgeltes an IDEXX GmbH bin und b) ich den Tierhalter über die IDEXX AGBs bezüglich Tierhalterabrechnung informiert habe. Der Schutz personenbezogener Daten ist für IDEXX GmbH und Vet Med Labor GmbH sehr wichtig und unsere Datenschutzvereinbarung ist einsehbar unter https://www.idexx.com/privacy. Datum und Unterschrift des Auftraggebers (Tierarzt):</p> <input type="text"/>

09-0018221-03 2025-V2

EXAM
<input type="checkbox"/> HISTOC Ocular pathology - globe (diameter ≤ 2.5 cm)
<input type="checkbox"/> HISTOCL Ocular pathology - globe (diameter > 2.5 cm)
<input type="checkbox"/> HISTU Parts of ocular or periocular tissue

MATERIAL	OTHER EXAMS:
Sample sent <input type="checkbox"/> Globe <input type="checkbox"/> Evisceration <input type="checkbox"/> Other:	
Anatomical location of lesion:	TREATMENT:
Number of lesions: <input type="checkbox"/> Right eye <input type="checkbox"/> Left eye Glaucoma present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Metastasis present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Iris color:	Indicate lesion locations <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">DORSAL</div>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">VENTRAL</div> </div>
CLINICAL HISTORY Clinical signs:	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">ROSTRAL</div>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">CAUDAL</div> </div>
Progression of lesion:	
Duration of lesion:	
Other eye also affected? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Recurrence: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Clinical diagnosis / suspicion:	

Reports will be sent out in German or English, depending on the availability of ocular specialists.