

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

Name des Tierhalters \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

*Adresse nur angeben, wenn der Tierhalter der Rechnungsempfänger ist*

Rechnungsstellung an den Tierhalter erfolgt nur bei vollständiger Anschrift des Tierhalters und Bestätigung des Tierarztes über die Abtretung und das Einverständnis des Tierhalters.

Unterschrift des Tierhalters (nur notwendig bei Tierhalterabrechnung) \_\_\_\_\_



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](http://vetconnectplus.de)  
[vetconnectplus.at](http://vetconnectplus.at)

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

**HISTOLOGIE/ZYTOLOGIE 2021 D/AT**

**BARCODE**

Rechnung an Tierhalter\*

**PATIENTENDATEN**

Hund  männlich  
 Katze  weiblich  
 Pferd  kastriert am

TT MM JJJJ

andere Tierart

Rasse \_\_\_\_\_  
Alter in Jahren \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_

**INTERN**

PU  
 GW  
 OB  
 HS  
 HA  
 AB  
 S  
 E  
 KM  
 FD

**EINSENDERSTEMPEL**

Hiermit akzeptiere ich die AGBs für Labortests von IDEXX/Vet Med Labor (EMEA) (aktuelle Ausgabe, Download idexx.de) und erteile der IDEXX GmbH den Auftrag, die ausgewählten Tests gemäß der aktuellen Preisliste durch die Vet Med Labor GmbH als Subunternehmen durchführen zu lassen.  
Die ordnungsgemäße Verarbeitung persönlicher Daten ist für die IDEXX GmbH und die Vet Med Labor GmbH sehr wichtig. Unsere Datenschutzvereinbarung ist einsehbar unter [www.idexx.com/privacy](http://www.idexx.com/privacy).  
\* Bei Tierhalterabrechnung trete ich gemäß der AGBs der IDEXX GmbH meinen Anspruch gegen den o.g. Tierhalter auf das Entgelt für die hiermit angeforderten Tests an die IDEXX GmbH ab.  
Datum und Unterschrift des Auftraggebers (Tierarzt): \_\_\_\_\_

**HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN**

**HISTP** Eilige Bearbeitung histologischer Proben (2 – 3 Tage ab Probeneingang). Bitte immer **zusätzlich** zur histologischen Untersuchung ankreuzen. Nur verfügbar für HISTU, HISTU3, HISTU9 und HISTGI<sup>a</sup>

**HISTU** Histologische Untersuchung, 1 – 2 Lokalisationen<sup>b</sup>

**HISTU3** Histologische Untersuchung, 3 – 8 Lokalisationen<sup>b</sup>

**HISTU9** Histologische Untersuchung, > 8 Lokalisationen<sup>b</sup>

**HISTUL** Histologische Untersuchung, Gr. Proben (z.B. komplette Mamma, Milz)

**HISTGI** Histologische Untersuchung von endoskop. Magen Darm Biopsien

**HISTLIV** Histologische Untersuchung von Lebergewebe (Biopsien)

**ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN**

**CYTO** Zyto. Untersuchung, 1 – 2 Lokalisationen, max. 4 Objektträger

**CYTU3** Zyto. Untersuchung, 3 – 8 Lokalisationen, max. 16 Objektträger

**CYTU9** Zyto. Untersuchung, > 8 Lokalisationen, max. 20 Objektträger

**CYTULN** Zyto. Untersuchung, Lymphknoten

**CYTUBB** Zytologische Untersuchung aus dem Blut inkl. gr. Blutbild

**CYTUKM** Zytologie (Knochenmark: Blutausstrich+Hämogrammdatei mitsenden)

**SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN/PROFILE**

**HAP1** Hautprofil 1 (mit Bakteriologie/Formalin- u. Nativmaterial nötig)

**HAP2** Hautprofil 2<sup>c</sup> (mit Mykologie/Formalin- u. Nativmaterial nötig)

**HAP3** Hautprofil 3<sup>c</sup> (mit Bakteriologie+Mykologie/Formalin- u. Nativmaterial nötig)

**HAP4** Hautprofil 4 (mit Sarcopites-Ak/Formalinmaterial u. Serum nötig/nur Hd.)

**HAP7** Hautprofil 7 (mit Allergie-Screening-Test **ohne Floh**/Formalinmat. u. Serum nötig)

**ABIO** Antibiogramm (nur in Verbindung mit aerober Kultur)

**MATERIAL UND ANAMNESE**

**ZYTOLOGIE**  Abklatsch  Feinnadelaspirat  
 Spülprobe  Anderes:

**HISTOLOGIE** Tumor:  Exzision  Inzision  
 Haut (**unbedingt Rückseite beachten**)  
Gastrointestinal:  Endoskopie  Vollwandbiopsie  
 Anderes:

Anzahl Gewebeproben/Objektträger: \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Größe der Veränderung: \_\_\_\_\_  
Entnahmeort: \_\_\_\_\_  
Verteilung:  solitär  multipel  
Kompletteinsendung:  ja  nein  
Symptomatik seit: \_\_\_\_\_  
Klinische Diagnose/Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

**Therapiemaßnahmen:**  
Antibiose  ja  nein Angesprochen  ja  nein  
Glukokortikoide  ja  nein Angesprochen  ja  nein  
Intralasionale Injektion  ja  nein

Beteiligung regionaler Lymphknoten:  
 ja, wo? \_\_\_\_\_  nein

Rezidiv:  ja  nein  
Diagnose: \_\_\_\_\_

**FOLGENDE ANGABEN SIND ZWINGEND ERFORDERLICH:**  
1. Lokalisationen der Veränderungen bitte schraffieren.  
2. Bei sich ausbreitenden Alterationen Ausgangspunkt mit o markieren.  
3. Entnahmestellen mit X einzeichnen.

L R R L

DORSAL 1 2 3 4 5 VENTRAL

Entnahme aus Körperhöhlen  ja  nein

<sup>a</sup> Dieser Service kann nicht für Proben angeboten werden, die Nachfixierung, Entkalkung oder erhöhten Zuschnittaufwand durch besondere Probengröße benötigen. Proben von maximal ca. 3x3cm, die mindestens 24 Stunden fixiert wurden, sind für diesen Service geeignet. Letztlich wird jedoch vom Labor entschieden, ob eine Probe geeignet ist.  
<sup>b</sup> Hautbiopsien, die sich auf eine Krankheit beziehen, werden als eine Einsendung (HISTU) angesehen.  
<sup>c</sup> Antimykogramm nicht möglich

ERGÄNZUNGEN BEI HAUTEXSTIRPATEN/DERMATOSEN	
<b>1. PRIMÄRE EFFLORESZENZEN</b> <input type="checkbox"/> Flecken <input type="checkbox"/> Papeln <input type="checkbox"/> Knötchen <input type="checkbox"/> Erythem <input type="checkbox"/> Pusteln <input type="checkbox"/> Quaddeln <input type="checkbox"/> Bläschen	<b>KONTAKT ZU ANDEREN TIEREN</b> <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein
<b>2. SEKUNDÄRE EFFLORESZENZEN</b> <b>HYPERPIGMENTIERUNG</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>NARBE</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>ULZERA</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>SCHUPPEN</b> <input type="checkbox"/> lokal <input type="checkbox"/> diffus <input type="checkbox"/> keine <b>KRUSTEN</b> <input type="checkbox"/> lokal <input type="checkbox"/> diffus <input type="checkbox"/> keine <b>ANDERE:</b>	<b>DERMATOPATHIEN BEI DIESEN TIEREN</b> <input type="checkbox"/> ja, welcher Art? <input type="checkbox"/> nein  <b>FÜTTERUNG</b> <input type="checkbox"/> Dose <input type="checkbox"/> Trockenfutter <input type="checkbox"/> Tischabfälle <input type="checkbox"/> Anderes:
<b>3. HAARVERLUST</b> <input type="checkbox"/> lokal <input type="checkbox"/> diffus <input type="checkbox"/> symmetrisch <input type="checkbox"/> nein	<b>VORANGEGANGENE MEDIKATION</b> (inkl. Wurmkur/Impfung)
<b>4. HAARZUSTAND</b> <input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> brüchig <input type="checkbox"/> normal	
<b>5. JUCKREIZ</b> <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> nein	<b>HAUTSYMPTOME VERSCHLECHTERN SICH</b> <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> außerhalb <input type="checkbox"/> Frühling <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Herbst <input type="checkbox"/> Winter
<b>EKTOPARASITEN</b>	<input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein Behandlung:
<b>UMGEBUNGSWECHSEL IM LETZTEN JAHR/AUSLANDSAUFENTHALT</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann? <input type="checkbox"/> nein Von? Nach?
	<b>GEBRAUCHSZWECK DES TIERES</b>
	<b>WEITERE RELEVANTE BEFUNDE/ANDERE LABORBEFUNDE</b> (ggf. unsere Labor-Nr.)

**WEITERE ANMERKUNGEN / ALLGEMEINE VORBERICHTSANGABEN**

**LABORINTERNE VERMERKE**