

Bitte vollständig ausfüllen!

Tierseuchenkassen-Nr.

Bei fehlender Tierseuchenkassen-Nr.
Rechnung an Einsender X)

--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Eigentümers	Vorname	Standort des Pferdes; VOLLSTÄNDIGE Anschrift lt. TSK-Beitragsbescheid	
Straße	Hausnummer	Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	Postleitzahl	Ort
E-Mail, oder Fax-Nummer	E-Mail, oder Fax-Nummer		

X) Die Kosten für die rektale Untersuchung sowie die Entnahme der Tupferprobe sind vom Tierbesitzer zu tragen und werden ihm vom Tierarzt oder vom Pferdegesundheitsdienst direkt in Rechnung gestellt. Die Kosten für die Laboruntersuchung der Tupferproben werden von der TSK übernommen, soweit der Nachweis erbracht ist, dass für das untersuchte Pferd Beitrag bei der TSK entrichtet worden ist. Als Nachweis genügt die Tierbesitzernummer, lt. laufenden TSK-Beitragsbescheid. **Bitte rechts oben eintragen!** Der **Einsender** haftet gemäß §4 GebVO für die Untersuchungsgebühren als Gesamtschuldner, falls diese nicht von der TSK getragen werden oder vom Eigentümer des Hengstes eingezogen werden können. Liegt **keine** Tierbesitzernummer vor oder wird sie nicht innerhalb von 7 Tagen der zuständigen Tierärztl. Untersuchungsstelle mitgeteilt, erfolgt die Rechnungsstellung an den Eigentümer. Dies ist jedoch **nur** möglich bei **vollständiger** Anschrift oben. Nach Ablauf der Frist von 7 Tagen ist eine Stornierung der dann erstellten Rechnung aus verwaltungstechnischen Gründen nicht mehr möglich.

Tieridentität				
Vorbericht				
	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (des laufenden Jahres)		<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung	
Material	<input type="checkbox"/> Penisschaft	<input type="checkbox"/> Eichelgrube	<input type="checkbox"/> Harnröhre	<input type="checkbox"/> Sperma
Untersuchung auf	<input type="checkbox"/> Direktausstrich		<input type="checkbox"/> Anreicherung pathogener Streptokokken	

Tieridentität				
Vorbericht				
	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (des laufenden Jahres)		<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung	
Material	<input type="checkbox"/> Penisschaft	<input type="checkbox"/> Eichelgrube	<input type="checkbox"/> Harnröhre	<input type="checkbox"/> Sperma
Untersuchung auf	<input type="checkbox"/> Direktausstrich		<input type="checkbox"/> Anreicherung pathogener Streptokokken	

Datum der Probenentnahme: _____

Unterschrift des Probennehmers: _____

CVUA Stuttgart
Labor Bakteriologie
Schaflandstraße 3/3
70736 Fellbach

Vollständige Postanschrift des Tierarztes