

# Kotprobenformular

Für die Gesundheit Ihrer Tauben & Ziervögel



## Einsender:

Name, Vorname

Kunden-Nummer

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail

Welche Anzeichen veranlassten Sie zur Einsendung? (z. B. Abmagerung, Durchfall, Kotbeschaffenheit)

Welche Präparate werden z. Zt. verabreicht?

Welche Impfungen wurden durchgeführt?

- Paramyxovirose am: \_\_\_\_\_
- Pocken am: \_\_\_\_\_
- Salmonellen am: \_\_\_\_\_
- andere am: \_\_\_\_\_

Einsendung

Brieftaube

Rassetaube

sonstige \_\_\_\_\_

Tierart:

- Einsendung einer Kotprobe
- Einsendung Tier zur Behandlung, Ring-Nummer (falls bekannt): \_\_\_\_\_
- Einsendung Tier zur Sektion, Ring-Nummer (falls bekannt): \_\_\_\_\_
- Ich wünsche eine Untersuchung auf Chlamydien („trockener Schnupfen“)

Bezüglich einer erforderlichen Behandlung wird um telefonische Rücksprache gebeten.  
Mo.-Fr. 8-17 Uhr (außer Mittwochnachmittag) unter Telefon 0201-848390

Der Befund wird automatisch per Briefpost übermittelt.

Tierzahl: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Übersendung von entsprechenden Desinfektionsmitteln ja nein

Taubenklinik des Verbandes

Unterschrift

Katernberger Straße 115 - 45327 Essen - Tel.: 0201-8483 90

Fax: 0201-8483 968 - tk@briefftaube.de - www.briefftaube.de

