

VESZETTSÉG
VIZSGÁLATI MEGRENDELŐ

Általános adatok

Tulajdonos (vadászatra jogosult)
Név (+vadászatra jogosult 6 jegű VGE kódszáma):
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cím:
Telefonszám:

Beküldő állatorvos
Név:
Cím:
ÉLB/Kamarai azonosítószám: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Telefonszám:
Az állatorvos iktatószáma:

Minta adatai

Állat faja:	Darab:	Származási hely irányítószáma: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beküldött minta: egész test <input type="checkbox"/> fej <input type="checkbox"/> agyvelő <input type="checkbox"/>	Település:	
Elhullás/elejtés dátuma:	Megye:	
Vadász neve:	GPS (elhullás/elejtés):	

Vizsgálat célja

<input type="checkbox"/> Veszétség diagnosztika (veszétség gyanú kivizsgálása, bármely faj)	<input type="checkbox"/> Róka orális immunizálás ellenőrzése („immun róka/sakál”)
--	--

Humán kontaktus történt? igen nem

Az érintkezés jellege: harapás <input type="checkbox"/> karmolás <input type="checkbox"/> vérrel, nyállal közvetlen érintkezés <input type="checkbox"/>
Egyéb
14 napos megfigyelési idő az érintkezés óta letelt? igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> .
Az érintett személy adatai (név, cím, telefonszám):.....
.....

További vizsgálatot a tulajdonos költségére kér nem igen
További vizsgálat kérés esetén a megfelelő vizsgálati megrendelőt kell mellékelni. Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:

PH

.....

Állatorvos

Minta postai úton nem küldhető vizsgálatra!

Állatorvosi aláírás és bélyegző lenyomat nélkül a vizsgálatokat az ÁDI csak kivételes esetben (humán érintettség) végzi el!
A vizsgálatra leadott mintákkal az 1069/2009 EK rendelet alapján járunk el.
A megrendelést kérjük olvashatóan kitöltve 3 példányban megküldeni.