

Kérjük, amennyiben lehetséges, válassza az elektronikus vizsgálati megrendelést a következő linken: <https://labor.nebih.gov.hu/>

**Általános adatok:**

<b>Tulajdonos (vadászatra jogosult)</b>
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"/> - születési helye, ideje:  - anyja neve:  Telefonszám: 06/..... / ..... - ..... - .....

<b>Beküldő állatorvos</b>
Név:  Cím: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... ..... ..... FELIR azonosítószám: Telefonszám: 06/..... / ..... - ..... - .....
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: <input type="checkbox"/> 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"/> <b>Veszetttség diagnosztika</b> (veszetttség gyanú kivizsgálása, bármely faj)	<input type="checkbox"/> <b>Róka orális immunizálás ellenőrzése</b> („immun róka/sakál”)		
<b>Humán kontaktus történt-e?</b>	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM	
Az érintkezés jellege:	<input type="checkbox"/> harapás	<input type="checkbox"/> karmolás	<input type="checkbox"/> vérrel, nyállal közvetlen érintkezés

Egyéb: .....  
.....

14 napos megfigyelési idő az érintkezés óta letelt?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
-----------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Az érintett személy adatai (név, cím, telefonszáma): .....  
.....  
Telefonszám: 06/..... / ..... - ..... - .....

További vizsgálatot a tulajdonos költségére kér:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
--------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

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.  
Kérjük a nyomtatványt **nyomtatott** betűkkel töltsé ki!