

Bitte ankreuzen:

Identitäts-Untersuchungsauftrag des RWS e.V.
Nachweis MDR1- Gendefekt >() bitte ankreuzen!!!
Degenerative Myelopathie (DM) >() bitte ankreuzen!!!

BITTE EINSENDEN AN:

Untersuchungsauftrag Genetik <small>Laborzeiten: Mo. - Fr.: 8:00 - 19:00 Uhr, Sa.: 9:00 - 13:00 Uhr</small>	<small>Kundennummer / Barcode</small> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	LABOKLIN <small>LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG Postfach 1810 · 97668 Bad Kissingen Telefon 0971/72020 · Telefax 0971/68546 E-Mail: info@laboklin.de</small>
---	---	---

Angaben zum Hund:

Rasse:	Weisser Schweizer Schäferhund	Rüde <input type="checkbox"/>	Hündin <input type="checkbox"/>
Name des Hundes:			
Zuchtbuchnummer:			
Wurfstag:		Täto- od. Chipnummer	

Auftraggeber:

Einverständniserklärung: Hiermit gebe ich dem RWS e.V. die Einwilligung sämtliche Daten und Auswertungen des Hundes, sowie meiner Person zu speichern und zu veröffentlichen

Besitzer:

Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
ICH BESTÄTIGE DIE RICHTIGKEIT DER GEMACHTEN ANGABEN UND BIN MIT DER RECHNUNG EINVERSTANDEN!	
Datum:	Unterschrift:

Zuchtwart (bei Entnahme von Mundschleimhaut) oder Besitzer des Auslandsrüden:

Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
ICH BESTÄTIGE, DASS DIE EINGESANDTEN PROBEN VON DEM O. A. HUND STAMMEN!	
Datum:	Unterschrift:

Das Ergebnis wird nebst Rechnung dem Besitzer zugestellt.

Es kann alternativ Mundschleimhaut oder Blut als Gewebeprobematerial eingesandt Werden. Bei Auslandsrüden wird die Probe über den Hündinnenbesitzer eingesandt. Bitte 2 Stäbchen benutzen!!!!

Tierarzt (bei Entnahme von Blut, ca. 5ml mit EDTA stabilisiert; bei Mundschleimhaut bitte 2 Proben):

Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
ICH BESTÄTIGE, DASS DIE EINGESANDTEN PROBEN VON DEM O. A. HUND STAMMEN!	
Datum:	Unterschrift und Stempel: