

## Identitäts-Untersuchungsauftrag des RWS e.V.

Nachweis MDR1—Gendefekt -> ( ) **bitte ankreuzen!!!**  
Degenerative Myelopathie (DM) -> ( ) **bitte ankreuzen!!!**  
Hypophysärer Zwergwuchs (HZ) -> ( ) **bitte ankreuzen!!!**  
Maligne Hyperthermie (MH) -> ( ) **bitte ankreuzen!!!**

Paket Weißer Schweizer Schäferhund, beinhaltet: DM, HZ und MDR1 -> ( ) **Bitte ankreuzen!!!**

BITTE EINSENDEN AN:

**Untersuchungsauftrag**  
**Genetik**

Laborzeiten: Mo. - Fr.: 9:00 - 18:00 Uhr, Sa.: 9:00 - 13:00 Uhr

Kundennummer / Barcode

\_\_\_\_\_

**LABOKLIN**  
LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG  
Postfach 1810 · 97668 Bad Kissingen  
Telefon 0971/7202 505 · Telefax 0971/68546  
E-Mail: labogen@laboklin.com

Angaben zum Hund:

Rasse: Weisser Schweizer Schäferhund Rüde  Hündin

Name des Hundes:

Zuchtbuchnummer:

Wurfstag: 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 ECHNUNG EINVERSTANDEN!

Datum: Unterschrift:

Zuchtwart

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 Auslandsruden 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: