

Prof. Dr. H.-J. Thiel

Institut für Virologie
Justus-Liebig-Universität Giessen
Frankfurter Str. 107
D-35392 Giessen



DGA-PL-6511-07
Tel: 0049 (0) 641-99-38363
Fax: 0049 (0) 641-99-38379

e-mail: diagnostik@vetmed.uni-giessen.de
<http://www.vetmed.uni-giessen.de/viro/de/>

Antrag auf Tollwut-Antikörperbestimmung für Hunde und Katzen zwecks Einreise

Application form for rabies antibody testing in dogs and cats for import

Einreise in die EU
Import into EC

Andere _____
Others (z.B. Australien, Japan, Taiwan, Neuseeland)

Bitte verwenden Sie nur dieses Formblatt (Blockschrift oder Schreibmaschine). Die Bestimmungen der Einreiseländer erfordern vollständig ausgefüllte Anträge. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Proben aus Ländern, die nicht der EU angehören, nur gegen Vorkasse bearbeiten können.

Please use this form only (complete in block capitals or typewritten). In accordance with regulations of the importing countries sample submission forms have to be completed. Samples from non EC countries will only be processed against prepayment. Thank you for your understanding.

Einsender (Tierärztin/Tierarzt) / Sender (Veterinarian)

LABOKLIN, Labor für Klinische Diagnostik GmbH
Steubenstraße 4 / Postfach 1810
97688 Bad Kissingen

+49 971 72020
+49 971 68546

Kd-Nr 654

Besitzer / Owner

Name/Vorname:
Family name/First name:

Straße:
Street:

PLZ/Ort:
Postal code/Town:

Land:
Country:

Tier / Animal

Hund/Dog Name:
 Katze / Cat Name:

Geburtsdatum:
Date of birth:

**Identifikation*:
Identification*:**

Eine eindeutige Kennzeichnung des Tieres (Mikrochip) ist zwingend erforderlich. Untersuchungsmaterial: Serum ca. 1ml
Animals have to be identified unmistakably (microchip). Sample material: serum about 1ml.

Befund auch als FAX:
test result as FAX also:

Befund auch als E-Mail:
test result as e-mail also:

Befund an Besitzer
test result to pet owner

Rechnung an Besitzer (nur mit Unterschrift)
invoice to pet owner (only if signed)

Unterschrift Besitzer / Signature of pet owner

Angaben zur Tollwutimpfung / History of rabies vaccination

Impfstoff / Chargennummer / Tag der Impfung:
Vaccine / Batch number / Date of administration:

Datum der Blutentnahme:
Date of collection of the blood sample:

Hiermit beauftrage ich die Tollwut-Antikörperbestimmung und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

I hereby order titration of antibodies against rabies virus and confirm the correctness of the details given above.

Unterschrift und Stempel Tierärztin bzw. Tierarzt
Signature and stamp of veterinarian

Bitte Probenröhrchen eindeutig beschriften. / Please label sample tube unequivocally.