

**Landesuntersuchungsamt
Institut für Tierseuchendiagnostik
Blücherstraße 34
56073 Koblenz**

Eingangsstempel LUA

Labor-Nr. _____

Einsender

Name _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon-Nummer _____

Bankverbindung _____

IBAN _____ BIC _____

Einsendung

Wildtier Fuchs Marderhund Waschbär Sonstige _____

Haustier _____

Alter Jungtier Adult unbekannt

Geschlecht männlich weiblich unbekannt

Einsendegrund tot gefunden verunfallt* krank getötet* verhaltensauffällig getötet* gesund getötet

*nähere Angaben (unbedingt erforderlich) _____

ungeschützter Personenkontakt nein ja*, betroffene Person(en) _____

*nähere Angaben (unbedingt erforderlich) _____

Erlege- / Funddatum _____ Erlege- / Fundort (Jagdrevier) _____

Ortsgemeinde _____ Verbandsgemeinde _____

Kreis / kreisfreie Stadt _____

Datum _____	Unterschrift des Einsenders _____												
<p><u>Bitte freilassen!</u> Äußere und innere Besichtigung:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Prüfplan</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Ergebnis</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Datum / Signum</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> TWV-Fluo</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> TWV-Anz</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum / Signum</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> tel. Ergebnismitteilung</td> </tr> </table>	Prüfplan	Ergebnis	Datum / Signum	<input type="checkbox"/> TWV-Fluo	_____	_____	<input type="checkbox"/> TWV-Anz	_____	_____	Datum / Signum	<input type="checkbox"/> tel. Ergebnismitteilung	
Prüfplan	Ergebnis	Datum / Signum											
<input type="checkbox"/> TWV-Fluo	_____	_____											
<input type="checkbox"/> TWV-Anz	_____	_____											
Datum / Signum	<input type="checkbox"/> tel. Ergebnismitteilung												