

# Untersuchungsauftrag

## Genetik - Hannoveraner Verband e.V.

# LABOKLIN

LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG  
Postfach 1810 · 97668 Bad Kissingen  
Telefon 0971/72020 · Telefax 0971/68546  
E-Mail: labogon@laboklin.de

Laborzeiten: Mo. - Fr.: 9:00 - 18:00 Uhr

### Informationen zum Ausfüllen des Antrages:

- Für die Erstellung eines Zertifikates ist die Bestätigung der Identität des Pferdes durch den Tierarzt erforderlich (Zertifikat: Ergebnis auf Hochglanzpapier mit Stempel und Siegel)
- Lebensnummer und E-Mail Adresse sind unbedingt anzugeben (Gebühr postalische Befundkopie 4,00 Euro)

*Diesen Bereich nur ausfüllen sofern die Probe von einem Tierarzt genommen wird!*

**Auftraggeber:**  
(Stempel oder Blockschrift)

**Rechnung an:**  
 Tierbesitzer

Tierarzt: \_\_\_\_\_

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich die Identität des/der Tiere/s überprüft habe und dass die Proben von dem/den unten genannten Tieren stammen.

**Eigentümer (Tierbesitzer):**  
(Bitte leserlich in Blockschrift ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

HV Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass die angegebenen Daten zum Zwecke der Vertragserfüllung an die Laboklin GmbH & Co.KG übermittelt und dort verarbeitet werden. Einzelheiten zur Verarbeitung und zu meinen Rechten habe ich unter <http://laboklin.com/datenschutz> zur Kenntnis genommen.

**Unterschrift des Tierbesitzers**

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Abrechnung der Laborleistung an mich zu.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Tierarztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Tierbesitzers

Kurier

**Benachrichtigung:**  E-Mail  Fax  Post (+ 4,00 € Gebühr)

<sup>8105</sup> Zertifikat 10,00 € (inkl. Gebühr postalische Befundkopie)

### Für Zertifikat:

- Bestätigung der Identität des Tieres durch den Tierarzt erforderlich (Angabe von Mikrochip.-Nr. o. Täto-Nr. o. Zuchtbuch-Nr.)
- Kein Zertifikat bei Partnerlaborleistungen

### Erbkrankheiten

<sup>8470</sup> **WFFS** € 41,65  
(Warmblood Fragile Foal Syndrom) (Warmblut)



Mit Verwendung dieses Formulars bin ich als Eigentümer des zu untersuchenden Pferdes damit einverstanden, dass eine Kopie des Befundes an den Hannoveraner Verband e.V. ([Ichristmann@hannoveraner.com](mailto:Ichristmann@hannoveraner.com) / #87562) gesandt wird. Nur so können die zwischen LABOKLIN und dem HV e.V. vereinbarten Konditionen gewährt werden.

**Tier 1 (vorausgegangene Befundnummer, falls bekannt: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )**

Probe:  0,5 ml EDTA-Blut  Haare Geschlecht  w  m

Tiername: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

Lebens-Nr.: \_\_\_\_\_ Täto-Nr.: \_\_\_\_\_

Microchip-Nr.: \_\_\_\_\_ Probenbeschriftung: \_\_\_\_\_

Name Vater: \_\_\_\_\_ Name Mutter: \_\_\_\_\_

**Tier 2 (vorausgegangene Befundnummer, falls bekannt: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )**

Probe:  0,5 ml EDTA-Blut  Haare Geschlecht  w  m

Tiername: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

Lebens-Nr.: \_\_\_\_\_ Täto-Nr.: \_\_\_\_\_

Microchip-Nr.: \_\_\_\_\_ Probenbeschriftung: \_\_\_\_\_

Name Vater: \_\_\_\_\_ Name Mutter: \_\_\_\_\_

