

VIZSGÁLATI MEGRENDELŐLAP

Tulajdonos/Költségviselő	Állatorvos
Név:	Név:
Cím + Adószám:	Cím + E-mail cím:

Beküldött minta adatai, kórelőzmény:		
Gazda faj:	Minta típusa:	Mintaszám:
Származási hely:		
Állomány leírása és kórelőzmény:		

Kért vizsgálatok:

PCR							
<i>M. gallisepticum</i>		<i>M. synoviae</i>		<i>M. meleagridis</i>		<i>M. iowae</i>	
MS-H DIVA		MS1 DIVA		ts11 DIVA		6/85 DIVA	
F DIVA		K DIVA					
<i>M. anseris</i>		<i>M. anatis</i>		<i>M. anseris</i>		<i>M. cloacale</i>	
<i>M. hyopneumoniae</i>		<i>M. hyorhinis</i>		<i>M. hyosynoviae</i>		<i>M. bovis</i>	
Egyéb:							
ELISA							
<i>M. synoviae</i>		<i>M. gallisepticum</i>		<i>M. meleagridis</i>			
<i>M. bovis</i>		<i>M. hyopneumoniae</i>					
Egyéb:							
Izolálás							
Igen, az alábbi fajokat:						Nem	

Antibiotikum érzékenységi vizsgálat (MIC) (kért antibiotikumok felsorolása):
Egyéb vizsgálatok:

Dátum:.....

Tulajdonos

Állatorvos

(A nyomtatvány kitöltésével és aláírásával hozzájárul adatainak általunk történő kezeléséhez.)