

VERBAND DEUTSCHER BRIEFTAUBENZÜCHTER E. V.
TAUBENKLINIK
 Niederweniger Straße 269 · 45257 Essen · Tel. (02 01) 84 83 90



Bitte diese Angaben vollständig und in Druckschrift ausfüllen.

Zutreffendes bzw. Gewünschtes bitte ankreuzen

Art der Einsendung: Anzahl der Tauben: _____ lebend tot

Anzahl der Kotproben: _____

Einsender:

 Name, Vorname

 Kunden-Nr.

 Straße und Hausnummer

 Postleitzahl/Ort

Nur ausfüllen bei Einsendung von Kotproben:

Einzelkotprobe oder Sammelkotprobe

Welche Anzeichen veranlassten Sie zur Einsendung? _____

(Abmagerung, Durchfall, Kotbeschaffenheit)

Welche Präparate werden den Tauben z. Z. verabreicht? _____

Ich wünsche zusätzlich eine Untersuchung auf Chlamydien (Ornithose)

Untersuchung bei Probe: _____

Nur ausfüllen bei Einsendung von Tauben:

Vogel Täubin Ringnummer: _____

Bei Täubin: Gelege in den letzten 3 Wochen: ja * nein

Soll die Taube in der Klinik behandelt werden ja nein

oder

soll die Taube zu diagnostischen Zwecken getötet werden? ja nein

Krankheitszeichen, die zur Einsendung veranlasst haben: _____

*Bitte „ja“ oder „nein“ ankreuzen.

Wann letztmalig gegen Paramyxo-Virus und Pocken geimpft? _____

Ich wünsche

die Behandlung meines Bestandes (_____ Tauben) durch die Taubenklinik.

Falls die Behandlung durch die Taubenklinik durchgeführt werden soll:

Ich benötige Desinfektionsmittel ja nein

Mitteilung des Befundes und Weiterbehandlung durch meinen örtlichen Tierarzt.

 Unterschrift des Taubenhalters