

Untersuchungsauftrag

Allergie

Kundennummer / Barcode

LABOKLIN

LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG

Postfach · 4002 Basel

Telefon 061/3196060 · Telefax 061/3196065

E-Mail: labor.basel@laboklin.ch

Laborzeiten: Mo. - Fr.: 8:00 - 18:00 Uhr, Sa.: 9:00 - 13:00 Uhr

Auftraggeber:
(Stempel oder Blockschrift)

Eigentümer des Tieres:
(bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.Nr.: _____

Datum u. Unterschrift

Benachrichtigung: Interpretation Fax Telefon e-mail Kurier

Angaben zum Patienten: Hund Katze Pferd sonstige Tierart: _____ Tiername: _____

Geschlecht w m wk mk Rasse: _____ EDV-Nr.: _____

Qualität der Probe hämolytisch lipämisch ikterisch zentrifugiert Alter: _____

Probenentnahme am: _____ vorausgegangene Labor-Befund-Nr.: _____

Wie alt war das Tier bei Beginn der ersten Symptomatik _____ (J/M)

ganzjähriges Problem nein ja saisonales Problem nein ja

Juckreiz nein ja Durchfall nein ja

Glucocorticoid per os nein ja, _____

Glucocorticoid per inj. nein ja, _____

Lokalisation:

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Kruppe |
| <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Schwanzansatz |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Analgegend |
| <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Flanken |
| <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Gliedmaßen |
| <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Pfoten |

Ausführliche allgemeine Anamnese - HUND/KATZE/PFERD

Welches Futter wird gefüttert _____

Systemische Erkrankung _____ Menschen/andere Tiere betroffen: nein ja

Erstes Auftreten der Symptomatik vor _____ (J/M) Auslandsaufenthalte: nein ja _____ (J/M, wo)

Symptome - Haut

- | | | |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Sekundärinfektion | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Seborrhoea | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Urticaria | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hot spot | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Otitis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Pododermatitis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Alopezie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Erfolgte Untersuchungen - Haut

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Milben (Sarc., Demodex, Cheyl.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Flöhe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Bakterien (Zytologie, BU) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Dermatophyten (Wood, Kultur) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Pathohistologie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Blutuntersuchung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sonstiges | | | _____ |

Symptome - Lunge

- | | | |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bronchitis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| RAO (COPD) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Emphysem | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Erfolgte Untersuchungen - Lunge

- | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Zytologie BALF | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Larvenauswanderung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Symptome - Magen - Darm - Trakt

- | | | |
|-------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Vomitus | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Diarrhoe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Obstipation | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Erfolgte Untersuchungen - Magen - Darm - Trakt

- | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Kotuntersuchung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Endoskopie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sonstiges | | | _____ |

Wie häufig Kotabsatz pro Tag? _____

Erfolgte Therapie

- | | Wirkstoff; Erfolg |
|------------------|---|
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Antihistaminika | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Akarizide | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Flohprophylaxe | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Eliminationsdiät | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Glucocorticoide | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |

- | | Wirkstoff; Erfolg |
|-----------------|---|
| Antimykotika | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Shampoos | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Einstreuwechsel | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Aufstallung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| β-Mimetica | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |



000130160018

Probenmaterial: A=Abstrich, AM=Abortmat., AS=Ascites, BS=Blutausstrich, CP=Citrat-Plasma, EB=EDTA-Blut, EP=EDTA-Plasma, F=Feder, FA=Faeces, Gw=Gewebe, H=Harn, HA=Haare, HP=Heparin-Plasma, HS=Harnstein, HT=Haut, K=Kruste, KM=Knochenmarkspunktat, L=Leber, LQ=Liquor, Ln=Lymphknoten, M=Milz, MH=Morgenharn, N=Niere, NaFB=Natrium-Fluorid-Blut, NaFP=Natrium-Fluorid-Plasma, NSP=Nasenspülprobe, S=Serum, SV=Synovia, TA=Tupfer anfordern, V=Erbrochenes, Z=Zecke, *=Partnerlabor

Hund

7105 Vortest (Milben, Pollen, Pilzsporen, Flohspeichel) S/1ml
 Bei positivem Testergebnis bitte automatisch weiterführende Tests durchführen.

Haupttests

7106 saisonale Allergene (Gräser, Kräuter, Bäume) S/0,5ml
7107 ganzjährige Allergene (Pilzsporen, Milben) S/0,5ml
7116 Feder/Haare/Schuppen (Ktz, Hd, Kaninchen, Meerschweinchen, Papagei, Ente, Gans) S/0,5ml
7130 Insekten (Kriebelmücke, Stechmücke, Bremse, Wadenstecher, Küchenschabe) S/0,5ml
7124 Hymenoptera (Biene, Wespe, Hornisse, Feldwespe) S/0,5ml
7122 mediterranes Panel (Gräser, Kräuter, Bäume, Pilze, Milben, Floh) S/1,0ml
7108 Sensitest (16 häufig verwendete Futtermittel auf IgE und IgG) S/0,5ml
7125 Futtermittel erweitert (Pferd, Strauß, Rothirsch, Hase, Wildschwein, Rentier, Amaranth, Hirse auf IgE und IgG) S/0,5ml

Weitere Untersuchungen bei Allergieverdacht

568 Sarcoptes (IgG) S/0,5ml
6104 Staphylokokken (IgG) S/0,5ml
8032 Ivermectinunverträglichkeit (MDR1-Defekt)* EB/1ml
7117 Malassezia (IgE) S/0,5ml
6103 Flohspeichel (IgE) S/0,5ml

Allergen-spezifische Immuntherapie (ASIT; Hyposensibilisierung)* - für umseitig beschriebenes Tier
6111 Rp. Erstbehandlung ASIT **6113 Rp. Folgebehandlung ASIT**

Diese Bestellung gilt als tierärztliches Rezept. Lieferzeit 4-5 Wochen. Datum: Unterschrift Tierarzt:

Katze

7105 Vortest (Milben, Pollen, Pilzsporen, Flohspeichel) S/1ml
 Bei positivem Testergebnis bitte automatisch weiterführende Tests durchführen.

Haupttests

7106 saisonale Allergene (Gräser, Kräuter, Bäume) S/0,5ml
7107 ganzjährige Allergene (Pilzsporen, Milben) S/0,5ml
7116 Feder/Haare/Schuppen (Ktz, Hd, Kaninchen, Meerschweinchen, Papagei, Ente, Gans) S/0,5ml
7130 Insekten (Kriebelmücke, Stechmücke, Bremse, Wadenstecher, Küchenschabe) S/0,5ml
7122 mediterranes Panel (Gräser, Kräuter, Bäume, Pilze, Milben, Floh) S/1,0ml
7108 Sensitest (16 häufig verwendete Futtermittel auf IgE und IgG) S/0,5ml
7125 Futtermittel erweitert (Pferd, Strauß, Rothirsch, Hase, Wildschwein, Rentier, Amaranth, Hirse auf IgE und IgG) S/0,5ml
6103 Flohspeichel (IgE) S/0,5ml

Allergen-spezifische Immuntherapie (ASIT; Hyposensibilisierung)* - für umseitig beschriebenes Tier
6111 Rp. Erstbehandlung ASIT **6113 Rp. Folgebehandlung ASIT**

Diese Bestellung gilt als tierärztliches Rezept. Lieferzeit 4-5 Wochen. Datum: Unterschrift Tierarzt:

Pferd

7105 Vortest (Milben, Pollen, Pilzsporen, Insekten) S/1ml
 Bei positivem Testergebnis bitte automatisch weiterführende Tests durchführen.
Ohne Vortest wird die gleichzeitige Testung von saisonalen, ganzjährigen und Insekten-Allergenen empfohlen, da eine klinische Differenzierung oft nicht möglich ist.

Haupttests

7106 saisonale Allergene (Gräser, Kräuter, Bäume) S/0,5ml
7107 ganzjährige Allergene (Pilzsporen, Milben) S/0,5ml
7116 Feder/Haare/Schuppen (Ktz, Hd, Kaninchen, Meerschweinchen, Papagei, Ente, Gans) S/0,5ml
7110 Insekten (Culicoides, Kriebelmücke, Stechmücke, Bremse, Wadenstecher) S/1ml
6108 Futtermittel (Weizen, Gerste, Hafer, Mais, Melasse, Soja, Hefe, Luzerne auf IgE und IgG) S/1ml
7121 CAST-Insekten (Culicoides, Kriebelmücke, Stechmücke, Bremse) ACD/2x9ml
Leukocytenstimulationstest zur saisonunabhängigen Diagnostik
Wir benötigen 2x9ml ACD-Blut, welches innerhalb von 24h im Labor sein muss.
Röhrchen bitte anfordern. Einsendung ausschließlich Montag bis Mittwoch!

Allergen-spezifische Immuntherapie (ASIT; Hyposensibilisierung)* - für umseitig beschriebenes Tier
6114 Rp. Erstbehandlung ASIT **6115 Rp. Folgebehandlung ASIT**

Diese Bestellung gilt als tierärztliches Rezept. Lieferzeit 4-5 Wochen. Datum: Unterschrift Tierarzt:

* Wir stellen auch eine Allergen-spezifische Immuntherapie nach dem Ergebnis Ihres Intrakutantests oder eines anderen Allergietests her. Bitte legen Sie Ihrer Bestellung ein tierärztliches Rezept bei. Lieferzeit ca. 4-5 Wochen.
Für fernmündliche konsiliarische Beratung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

| Bestellung von Versandmaterial: | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1 Blut/Serum | 3 Hämatologie (EDTA-Blut) | 10 Versandbeutel | 14 Gefäße Histologie (Formalin) |
| 2 Gerinnung (Citrat) | 4 Harngefäße | 11 Versandgefäße Blut/Serum | 47 ACD-Röhrchen für CAST |
| 3a Heparin-Röhrchen | 6 Tupfer mit Medium | 12 Versandgefäße Objektträger | 5 Stuhlgefäße |
| 4 Blutzucker (NaF-Blut) | 6a Tupfer ohne Medium | 13 Chlamydienantigen Medium | 15 Medium für Mykoplasma |
| | | | 80 Barcodes |
| | | | 16 Anträge - ALLGEMEIN |
| | | | 9 Anträge - ALLERGIE |
| | | | 17 Anträge - PATHOLOGIE |
| | | | 50 Anträge - GENETIK |
| | | | 18 Anträge - PFERD |



Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB):

Einsendungen zu unseren AGB siehe www.laboklin.com / Leistungsangebot und Preis kann Gegenstand von Änderungen sein. / Preise werden kaufmännisch gerundet.

013.004 10/05