

Institut für Veterinär-Pathologie
An den Tierkliniken 33, 04103 Leipzig
Tel.: 0341/9738-270, Fax –299
e-mail: vetpath@vetmed.uni-leipzig.de

Eingangsdatum:

Einsendungs-Nr.:

Histopathologische Untersuchung – Endometriumbiopsie – Stute

Einsender: (Tierarztstempel)

Besitzer:

Rechnung an: Tierarzt () Besitzer ()

Fax-Mitteilung: ja () an Nr.:

Behandlungsvorschlag erwünscht: ja () nein ()

Biopsie: Erst- () Zweit- () Dritt- () Untersuchung

Ggfs. Einsendungs.-Nr.:

Stute: Identifikation: Geb.jahr:..... güst seit (= erfolglos besamt/gedeckt seit):.....

Anzahl Abfohlungen: letzte Abfohlung: Vorbehandlung:

Klinik: Zervixtupfer: Zytologie: Hormonstatus: P: E: ~~AA~~.....

Vulva: Vestibulum: Vagina: Zervix:.....

Uterus: Ovarien:

Zyklusstand: Biopsieentnahmeort ~~links~~ () ~~rechts~~ ~~Corpus~~ ~~rechts~~

Besonderheiten (z. B. Zyklusanomalie):

.....

....., den.....

.....
Unterschrift Tierarzt

.....
Unterschrift Besitzer,
wenn Rechnungsempfänger

Bemerkungen:

.....