



Besitzer - Name : _____ **Vorname :** _____

Strasse : _____ **Bienenstand Nr. :** _____

PLZ : _____ **Ort :** _____ **Tel. :** _____ **Email :** _____

<p><u>Material zur Untersuchung :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Bienen <input type="checkbox"/> Waben <input type="checkbox"/> Gemüll <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p>Entnahmedatum : _____</p>	<p><u>Bienenstand :</u></p> <p>PLZ : _____</p> <p>Ort : _____</p> <p>Ortsteil, Quartier : _____</p> <p>Anzahl Völker : _____</p> <p>Beobachtungen : _____</p>
---	---

Prüfauftrag : Faulbrut Sauerbrut Aethina tumida

Milbenkrankheiten : Varroa destructor Acarapis woodi (Tracheenmilben) Tropilaelaps spp.

Vorgeschichte - Behandlung - Verdachtsdiagnose - besondere Anträge

Weitere Informationen siehe Rückseite

Nr.	Probenidentification (wenn nötig)	Entsprechende Bemerkungen
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Auftragsgeber (Einsender) - Name : _____ **Vorname :** _____

Strasse : _____ **PLZ :** _____ **Ort :** _____

Tel. : _____ **Email :** _____ **Handy :** _____

Inspektor(in) : Ja Nein **Amt / Bezirke :** _____

Auf Antrag des Veterinäramtes Rechnungan: _____ Datum : _____ Inspektor(in)'s Unterschrift :

Kopie an : _____