



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

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

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

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

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 : _____