



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 : <input type="checkbox"/> Faulbrut <input type="checkbox"/> Sauerbrut <input type="checkbox"/> Aethina tumida			
Milbenkrankheiten : <input type="checkbox"/> <i>Varroa destructor</i> <input type="checkbox"/> <i>Acarapis woodi</i> (Tracheenmilben) <input type="checkbox"/> <i>Tropilaelaps</i> spp.			
<u>Vorgeschichte - Behandlung - Verdachtsdiagnose - besondere Anträge</u>			
Weitere Informationen siehe Rückseite <input type="checkbox"/>			
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) : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Amt / Bezirke :	

Auf Antrag des Veterinäramtes Rechnung an : Datum : Inspektor(in)'s Unterschrift :
Kopie an :