



Rekvizitionsblanketten udfyldes elektronisk eller med blokbogstaver. Blanketten kan hentes her: www.vetssi.dk/blanket

Prøvemateriale indsendes til: Veterinær Diagnostik, Statens Serum Institut, Artillerivej 5, 2300 København S, Att.: PDC, bygn. 85 (tlf. 3268 8600)

Dyrlæge/praksis (stempel):	Svar sendes til e-mail adresse(r):		
	Telefonnr.:	Autorisationsnr.:	
	CVR-nr.:	Praksisnr.:	

Hest (1)		Hesteejer	
<input type="checkbox"/> Hingst	<input type="checkbox"/> Vallak	<input type="checkbox"/> Hoppe	Race:
Navn:		Navn:	
ID-nr.:		Adresse:	
Adresse på prøvningstidspunkt:		<input type="checkbox"/> Samme som ejers	

Svaberprøver			
<input type="checkbox"/> Urethra	<input type="checkbox"/> Sinus urethralis	<input type="checkbox"/> Cervix uteri	<input type="checkbox"/> Sinus clitoridis
<input type="checkbox"/> Fossa glandis	<input type="checkbox"/> Præputium	<input type="checkbox"/> Fossa clitoridis	Andet:
Udtagelsesdato:	Prøver ønskes undersøgt:		<input type="checkbox"/> Som pool <input type="checkbox"/> Enkeltvis

Anledning til undersøgelse		Kliniske oplysninger		
<input type="checkbox"/> Screening/Overvågning	<input type="checkbox"/> Laboratoriemistanke for CEM	<input type="checkbox"/> Vaginal flåd	<input type="checkbox"/> Cervicitis	<input type="checkbox"/> Vaginitis
<input type="checkbox"/> Eksport	<input type="checkbox"/> Klinisk mistanke for CEM	<input type="checkbox"/> Endometritis	<input type="checkbox"/> Nedstat fertilitet	<input type="checkbox"/> Smittekontakt
<input type="checkbox"/> Kontrol efter behandling (afsluttet dd/mm/åå):				

Hest (2)		Hesteejer	
<input type="checkbox"/> Hingst	<input type="checkbox"/> Vallak	<input type="checkbox"/> Hoppe	Race:
Navn:		Navn:	
ID-nr.:		Adresse:	
Adresse på prøvningstidspunkt:		<input type="checkbox"/> Samme som ejers	

Svaberprøver			
<input type="checkbox"/> Urethra	<input type="checkbox"/> Sinus urethralis	<input type="checkbox"/> Cervix uteri	<input type="checkbox"/> Sinus clitoridis
<input type="checkbox"/> Fossa glandis	<input type="checkbox"/> Præputium	<input type="checkbox"/> Fossa clitoridis	Andet:
Udtagelsesdato:	Prøver ønskes undersøgt:		<input type="checkbox"/> Som pool <input type="checkbox"/> Enkeltvis

Anledning til undersøgelse		Kliniske oplysninger		
<input type="checkbox"/> Screening/Overvågning	<input type="checkbox"/> Laboratoriemistanke for CEM	<input type="checkbox"/> Vaginal flåd	<input type="checkbox"/> Cervicitis	<input type="checkbox"/> Vaginitis
<input type="checkbox"/> Eksport	<input type="checkbox"/> Klinisk mistanke for CEM	<input type="checkbox"/> Endometritis	<input type="checkbox"/> Nedstat fertilitet	<input type="checkbox"/> Smittekontakt
<input type="checkbox"/> Kontrol efter behandling (afsluttet dd/mm/åå):				

Dato:	Navn (blokbogstaver):
-------	-----------------------

Underskrift (Jeg har læst og accepterer [SSI's salgs- og leveringsbetingelser](#), som er gældende for bestillingen):

Forbeholdt laboratoriet		
Modtaget dato:	Modtaget af:	Bemærkninger og sagsnummer: