



Tierarzt/ Klinik (Stempel)

BesitzerIn (Name und Adresse)

TEL :

FAX :

EMAIL:

Tiername:

Rasse:

Geschlecht:

RECHNUNG an Besitzer ?

Alter:

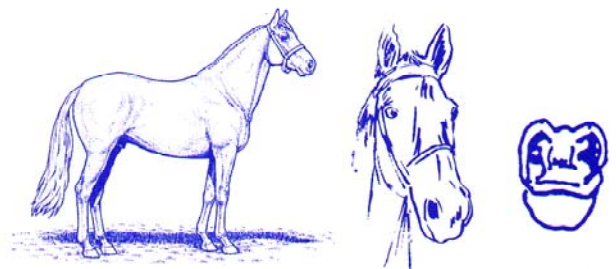
Probe vom:

 Ja  Nein**ALLERGOLOGISCHE ANAMNESE / KLINIK****ANAMNESE**

- Jahr des erstmaligen Auftretens der Symptome: ..... Art/ Grad:  progressiv  schwer
- Symptome:  Ganzjährig  
 Ganzjährig (mit saisonaler Verschlechterung) Jahreszeit/ Monate: .....  
 Saisonal Jahreszeit/ Monate: .....
- Symptomlokalisierung:  Äußerlich  Innerlich  Indifferent
- Lebensraum (vorwiegende Vegetation) : ..... Insekten (Bremsen, Mücken) : .....
- Futtermittel: .....
- Vorangegangene Atemwegserkrankungen:  Ja  Nein

**KLINISCHE UNTERSUCHUNG****• Art der Symptome**

- Atemwege:  chron. Husten  
(COPD)  Auswurf  
 Diskordanz  
 Leistungsabfall
- Haut:  Urtikaria, lokal  
 Urtikaria, grossflächig  
 DER
- Andere: .....

**• Lokalisation der Läsionen****ERGÄNZENDE UNTERSUCHUNGEN**

- Atemwegsuntersuchung:  Endoskopie  broncho-alveoläre Lavage

Resultat:.....

**DURCHGEFÜHRTE BEHANDLUNGEN** (Wirksamkeit: von 1 = gut bis 5 = mangelhaft)

- Kortikoide  • Broncho-Dilatatoren  • Antibiotika
- Ist schon eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden?  Nein  Ja
- Wenn Ja, mit:  Pollen  Milben  Pilzen  Insekten

**DIAGNOSTIKAUFRAG - Pferd -****SCREENINGTEST (S.A.T.-ELISA)**

- GE53 **Umweltallergene + Futtermittel** (IgE + IgG)
- GE54 **Umweltallergene + Futtermittel** (IgE + IgG) + **Insekten** (Einzelbestimmung)

**EQUINE-ELISA (Einzelallergenbestimmung)**

- GE50 **Umweltallergene + Futtermittel** (IgE + IgG) + **Insekten**
- GE61 **Umweltallergene + Futtermittel** (IgE + IgG)
- GE52 **Insekten**

Datum / (Kunden-) Unterschrift