|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rekvirent info.** | Veterinær |  | | |
| Klinikk |  | | |
| Postadresse |  | | |
| Postnr./Sted |  | Tlf. |  |
| Epostadresse |  | Fax |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dyreeier info.** | Dyreeier |  | |
| Postadresse |  | |
| Postnr./sted |  | |
| Signatur fra eier dersom faktura skal sendes direkte til vedkommende | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dyr info.** | Dyrets navn/ID nr. |  | Fødselsdato |  |
| Art/rase |  | Journal nr. |  |
| Kjønn |  | Prøvedato |  |

|  |
| --- |
| Anamnese/bakgrunn for innsendelse av prøve(r), bruk gjerne baksiden hvis liten plass: |
| Prøven(e) ønskes undersøkt for (kryss av for ønsket tjeneste)   * **Endoparasitter**   + Standardpakke (minst/helst 3g prøve): inkluderer eggtelling (McMaster), sukroseflotasjon og IFAT   + IFAT: immunofluoruscens-test for Giardia sp. og Cryptosporidium sp.   + Baerman (minst 5g prøve): sedimentasjonsmetode for påvisning av lungeorm   + Tritrichomonas: direkte mikroskopi   + Tritrichomonas: PCR * **Ektoparasitter**   □ Identifikasjon av ektoparasitter   * **Parasitt identifikasjon**   □ Identifikasjon av parasitt/ parasittlignede strukturer   * **Annet** (beskriv, bruk gjerne baksiden hvis liten plass): |