

KANTON _____

Institut für Virologie und
Immunologie IVI
Schweizerische
Tollwutzentrale
Länggass-Str. 122 / Postfach
3001 Bern

Tel 031 684 23 78

EINSENDER:

Name:

Adresse:

PLZ, Ort:

Tel:

↓ leer lassen!

TagNr | TV/ZKT

TWNr _____

PORTO _____

KT _____

ART _____

MAT _____

TAYF _____

SEX _____

ALT _____

Sie erhalten folgendes Material zur Untersuchung auf Tollwut:

TIERART / Material:

für Haustiere: Geschlecht:

Alter:

Todes-/Funddatum:

Identifikation (z.B. MM-NR.):

Todesursache: Jagd

getötet wegen tollwutverdächtigen Verhaltens

Verkehrsunfall

tot gefunden getötet wegen:

anderes:

HERKUNFT des Tieres: Gemeinde:

Revier / Sektor:

Ort / Flurname:

Koordinaten:

ERLEGER / FINDER (für Wildtiere), resp. HALTER / BESITZER (für Haustiere):

Name, Vorname, Adresse, PLZ + Wohnort, Tel.Nr.:

BALG _____

GEMISCHT _____

GDE-NR _____

KOORD / _____

VORB:

NO TG GA

UN GP ??

G-ME: J N ?

K B S V

G-TL: J N ?

RH RK RA

RG RR RS RZ

VORBERICHT : Verdächtiges / anomales Verhalten des Tieres:

GEFÄHRDUNG: Sind MENSCHEN gefährdet worden? Ja Nein

Art der Gefährdung (z.B. Biss, Kratzer, Kontakt Speichel mit offener Wunde, unkontrollierter Kontakt von Kindern mit dem Tier, usw.):

Wer wurde gefährdet? (Name, Adresse und Tel.Nr. des gefährdeten Menschen angeben!):

Sind HAUSTIERE gefährdet worden? Ja Nein

Art der Gefährdung (z.B. Rauferei), betroffene Tiere:

KONSV MAT:

ZAHN []

KNOCHEN []

SERO []

REP-DAT []

Z []

E / F []

... []

... []

Kopien des Begleitberichts gehen an:

Datum:

Unterschrift:

(Diesen Teil und rechte Rundspalte leer lassen! Zusätzliche Mitteilungen bitte auf Rückseite.)

Sektion:

REP: PS r+1 [_+] CL r+1 [_+] MUKOSA [] EMBRYO r+1 [_+] LAKT [] Spez Form [] _____

Bem / MitU on Eins/Kl:

BEFUND:

FA _____

InfA _____

TV _____

ZKT _____

TEL _____