

PD Dr. Olaf Thraenhart WHO Experte für Tollwut WHO Expert for Rabies Eurovir® Hygiene-Institut Im Biotechnologiepark TGZ1 D-14943 Luckenwalde		Tel. Labor: 03371 681 269 Fax Labor: 03371 681 275 E-mail: rohne@eurovir.de
Antrag auf Untersuchung der Tollwut-Immunität von Hunden, Katzen und Frettchen für die Einreise: <i>Rabies virus neutralizing antibody testing in dogs, cats and ferrets for import:</i> aus/from <input type="checkbox"/> Deutschland/ from Germany <input type="checkbox"/> aus anderem Land/ from other country:..... nach /to <input type="checkbox"/> Großbritannien United Kingdom <input type="checkbox"/> Norwegen Norway <input type="checkbox"/> Schweden Sweden <input type="checkbox"/> in ein anderes Land/ to other country:.....		
Bitte verwenden Sie nur diesen vollständig ausgefüllten Einsendeschein. <i>Please, use this form only. In accordance with regulations of the importing countries sample submission forms have to be completed.</i>		
Einsender: (Tierärztin/Tierarzt) (Stempel) Sender: (Veterinarian) (Stamp) (E-mail:.....(for news))		Datum der Blutentnahme: Date of blood sampling: Rechnung an / Invoice to: <input type="checkbox"/> Einsender / Sender <input type="checkbox"/> Besitzer / Owner Bezahlung / Payment: <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Internet (Paypal, Creditcard)
Besitzer		<i>Owner</i>
Name/Vorname: Family name/First name: PLZ/Ort: Postal code/Town:		Strasse: Street: Land: Country:
Tier Animal (please circle one)		
<input type="checkbox"/> Hund <i>Dog</i>	<input type="checkbox"/> Katze <i>Cat</i>	<input type="checkbox"/> anderer Fleischfresser (bitte angeben) <i>other (please specify)</i>
		Geburtsdatum: Date of birth:
Name: Name:		Geschlecht: Sex:
Transponder / Tätowierung* (* für Norwegen/Schweden, nicht zugelassen für UK) <i>Transponder / Tattooing*</i>		
Nummer: Number:	Datum der Implantation: Date of insertion:	Datum der Funktionskontrolle: Date of function control: Funktion ok?: Function ok?:
Angaben zu Tollwutimpfung <i>History of rabies vaccination</i>		
Impfstoff: Vaccine:	Chargennummer: Batch number:	Tag der Impfung: Date of vaccination:
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten <i>I hereby confirm the correctness of the details given above:</i> 		Angaben:
Unterschrift der Tierärztin/des Tierarztes <i>Signature of the Veterinarian</i>		Datum Date