

VERBAND DEUTSCHER BRIEFTAUBENZÜCHTER E. V.  
**TAUBENKLINIK**

Katernberger Str. 115 · 45327 Essen · Tel. (02 01) 84 83 90



Bitte diese Angaben vollständig und in Druckschrift ausfüllen.

Art der Einsendung / Tierart: Taube  sonstiges: \_\_\_\_\_

Anzahl der Tiere: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kotproben: \_\_\_\_\_

Einsender:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Kunden-Nr.

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort

**Nur ausfüllen bei Einsendung von Kotproben:**

Welche Anzeichen veranlassten Sie zur Einsendung? \_\_\_\_\_

(Abmagerung, Durchfall, Kotbeschaffenheit)

Welche Präparate werden den Tauben z. Z. verabreicht? \_\_\_\_\_

Ich wünsche zusätzlich eine Untersuchung auf Chlamydien (Ornithose)

Untersuchung bei Probe: \_\_\_\_\_

**Nur ausfüllen bei Einsendung von Tauben:**

Vogel  Täubin  Ringnummer: \_\_\_\_\_

Soll die Taube in der Klinik behandelt werden? ja  nein

Soll die Taube zu diagnostischen Zwecken getötet werden? ja  nein

Krankheitszeichen, die zur Einsendung veranlasst haben: \_\_\_\_\_ Bitte „ja“ oder „nein“ ankreuzen.

Welche Impfungen wurden durchgeführt:

Wann letztmalig?

Paramyxovirose

\_\_\_\_\_

Pocken

\_\_\_\_\_

Salmonellen (Paratyphus)

\_\_\_\_\_

**Ich wünsche**

die Behandlung meines Bestandes (\_\_\_\_\_ Tauben) durch die Taubenklinik.

Falls die Behandlung durch die Taubenklinik durchgeführt werden soll:

Ich benötige Desinfektionsmittel  ja  nein

Mitteilung des Befundes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Taubenhalters