

Begleitschein zur Einsendung einer
Faulbrutverdachtsprobe (Brutprobe)
 zur Untersuchung auf klinische Symptome der
 Amerikanischen Faulbrut

Eingangsvermerk

An das
 DLR Westerwald-Osteifel
 Fachzentrum Bienen und Imkerei
 Im Bannen 38-54
 56727 Mayen

Formblatt 2 zu MA404-MY-A-001

	Brut durch Tiefgefrieren abgetötet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Untersuchungs- nummer	
Veterinäramt des Kreises:			makroskopisch:	
Straße/Postfach:			Zelldeckel ingesunken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zuständiger Amtsveterinär:			Zelldeckel wässrig: Zelldeckel löchrig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon:			Schorfe: Zellinhalt fadenz.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefax:			symptom. Zellen ca. %	
PLZ/Ort:			Untersuchung durch:	
Besitzer der Bienenvölker: Vorname, Name			mikroskopisch:	
Straße			Frischpräparat	Kultur
PLZ/Ort:			angesetzt am:	angesetzt am:
Telefon:			Sporen AFB-typ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sporen AFB-typ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Standort der Bienenvölker:			Veg.form. AFB-Typ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Veg.form. AFB-Typ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Probennehmer/BSV: Vorname, Name:			GZ AFB-Typ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	GZ AFB-Typ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße			ausgewertet am:	ausgewertet am:
PLZ/Ort:			ausgewertet durch:	ausgewertet durch:
Telefon:			Befund:	
Anzahl der Stand-Völker	Völker gesamt:	davon mit Krankheitssymptomen:	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> Mail	
Wabe aus dem Volk/ aus den Völker:			Waben bitte mit Volksnummern versehen. Nur in Ausnahmefällen mehrere Waben eines Standes einsenden.	
Entfernung zum nächsten Bienenstand in Meter				
Grund der Untersuchung: <i>bitte ausfüllen</i>	<input type="checkbox"/> Verdachtsmeldung des Imkers <input type="checkbox"/> Verdachtsmeldung BSV <input type="checkbox"/> sonstiger		<input type="checkbox"/> erste Sperrgebietsuntersuchung <input type="checkbox"/> abschließende Sperrgebietsuntersuchung	
Mögliche Ursachen des Ausbruches: <i>bitte ausfüllen</i>	<input type="checkbox"/> befallener Stand im Flugradius <input type="checkbox"/> früher befallener Stand im Flugradius <input type="checkbox"/> früherer Befall auf gleichem Stand		<input type="checkbox"/> Verwendung kontaminierter Geräte/Beuten <input type="checkbox"/> Verwendung kontaminierter Futters/Honigs <input type="checkbox"/> sonstige:	
Ort, Datum	Unterschrift Amtstierarzt/BSV		Unterschrift Imker/Besitzer der Bienenvölker	

Achtung! Formular in Fensterbriefumschlag (s. Rückseite) außen am Paket anbringen.

Dienstleistungszentrum Ländlicher Raum

Fachzentrum Bienen und Imkerei
Pathologielabor / Brutuntersuchung
Im Bannen 38
56727 Mayen