

# INSTITUT FÜR TIERPATHOLOGIE

Dr. med. vet. W. Haider  
Fachtierarzt für Pathologie

Schönhauser Straße 62, 13127 Berlin  
Tel.: (030) 47488780 Fax: (030) 47488781



/	/	/
---	---	---

## Untersuchungsauftrag

Histologie       Zytologie

Praxisstempel/Unterschrift

### I. Angaben zum Tier

Tierhalter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Datum

### II. Angaben zur Krankheit

#### Klinischer Vorbericht

Entnahmedatum

Krankheitsdauer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Tumor

Verteilung am Körper     solitär     multipel

Teileinsendung         ja         nein

Gesamtgröße            \_\_\_\_\_

Konsistenz              \_\_\_\_\_

Farbe                     \_\_\_\_\_

Wachstumsdauer/-art    \_\_\_\_\_

Rezidiv                   ja         nein

Metastasierung         nein     ja \_\_\_\_\_

#### Haut

Verteilung am Körper     solitär     multipel

Effloreszenzen         \_\_\_\_\_

Juckreiz                  ja         nein

Erregernachweis         nein     ja \_\_\_\_\_

Parasiten                 nein     ja \_\_\_\_\_

#### Organ

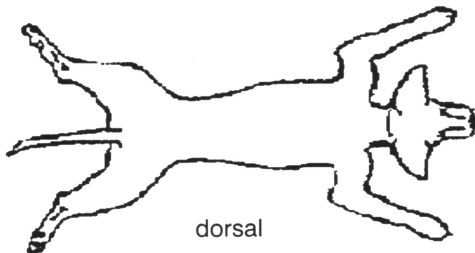
Entnahmeort            \_\_\_\_\_

Organ                    \_\_\_\_\_

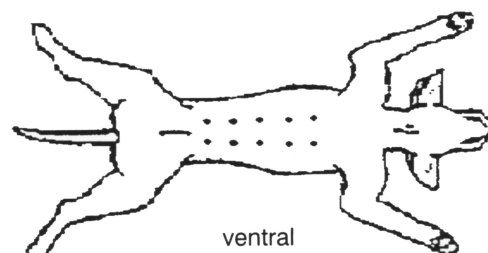
#### Punktat

#### Abstrich

Lokalisation



dorsal



ventral

● **Befund per**     Post     Fax/eMail: \_\_\_\_\_     Telefon

● **Rechnung an**     Tierarzt     Tierhalter\* \_\_\_\_\_

\*Rechnungslegung an den Tierhalter erfolgt nur gegen dessen Unterschrift.