

Begleitschein zur Einsendung einer  
**Faulbrutverdachtsprobe (Brutprobe)**

zur Untersuchung auf klinische Symptome der Amerikanischen Faulbrut

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

Eingangsvermerk

Formblatt 2 zu MA404-MY-A-001

	Brut durch Tiefgefrieren abgetötet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Untersuchungsnummer	
Veterinäramt des Kreises:		<b>makroskopisch:</b>	
Straße/Postfach:		Zelldeckel eingesunken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
zuständiger Amtsveterinär:		Zelldeckel wässrig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zelldeckel löchrig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Telefon:		Schorfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zellinhalt fadenz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Telefax:		symptom. Zellen ca. %	
PLZ/Ort:		Untersuchung durch:	
<b>Besitzer der Bienenvölker:</b> Vorname, Name		<b>mikroskopisch:</b>	
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
<b>Probennehmer/BSV:</b> 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: <input type="checkbox"/> Mit Krankheitssymptomen: <input type="checkbox"/>	<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:	
Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben, insbesondere die Angaben zur Herkunft der Probe. Mit der Speicherung unserer Daten und der Ergebnisse zu Forschungszwecken sind wir einverstanden, dies kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.			
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

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