

# Untersuchungsauftrag

Infektionsdiagnostik - Bienen

LALLF M-V

Tierfelderstr. 18  
18059 Rostock

Tel: 0385-588-61000  
Fax: 0385-588-61059  
Mail: [patho@lallf.mvnet.de](mailto:patho@lallf.mvnet.de)

Besitzer / Imker
Firma
Name, Vorname
Straße
PLZ, Ort
Landkreis
VVVO-Nr.

Einsender
VLA / Tierarztpraxis/ BSV / andere

### Probenahmegrund

- Amtlich angewiesene Untersuchung
- Amtl. Monitoring / Programm
- Unters. für Gesundheitsbescheinigung
- Abklärung von Erkrankungen
- Eigenkontrolle

Vorbericht: \_\_\_\_\_ Klinik:  ja  nein

ggf. Rückseite nutzen

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Probenzahl: \_\_\_\_\_

Probenmaterial:  Bienen  Waben  Futterkranz  Honig  Gemüll  .....

### Untersuchungsanforderung:

#### Bakteriologie:

- AFB
- .....

Proben: 1

2

3

#### Parasitologie:

- Varroa-Milben
- Nosema
- Kl. Bienenbeutenkäfer
- Tropilaelaps-Milben

4

5

#### Viren-PCR:

- Flügeldeformationsvirus (DWV)
- Akute Bienenparalysevirus (ABPV)
- Chronische Bienenparalysevirus (CBPV)

6

7

8

#### weitere Anforderungen:

- Pflanzenschutzmittel
- .....

(für weitere Proben bitte Rückseite nutzen)

#### Rechnung an:

- Tierhalter
- Einsender
- .....

#### Befund an:

- Tierhalter
- Einsender
- Vet.-Amt
- BGD

weitere Informationen:

Unterschrift / Datum: \_\_\_\_\_

Tierhalter: \_\_\_\_\_

Einsender: \_\_\_\_\_

LALLF 111/04-2023



Begleitschein