

Prof. Dr. Ottmar Distl  
 Institut für Tierzucht und Vererbungsforschung  
 Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover  
 Bünteweg 17p  
 30559 Hannover  
 Fax: 0511-953-8582  
 E-Mail: ABGLab@tiho-hannover.de

Laboreingang	Blut
Labornummer	Hund_DD
Bestätigung am	

**DNA-Bank und Gendiagnosen: vWD Typ 2, Rauhaar, HD, OCD**

**Identifikation des Tieres (Bitte Abstammungsnachweis beifügen!)**

Name - Zwingername		Geburtsdatum	
Geschlecht	männlich weiblich	Tätowiernr.	
Zuchtbuchnr.		Chipnr.	

**Angaben zum HD-, ED- und OCD-Status des Hundes**

Röntgendatum	HD-Befund	A	B	C	D	E	OCD-Befund	frei	OCD
	ED-Befund	ED-frei		ED-I		ED-II		ED-III	

**Angaben zur Haarstruktur des Hundes**

Rauhaar, deutlicher Bart  Rauhaar, wenig Bart  wolliges Fell, Bart  wolliges Fell, kein Bart  Kurzhaar

**Angaben zu den Eltern des Hundes**

Vater Zuchtbuchnr.		Name des Vaters	
Mutter Zuchtbuchnr.		Name der Mutter	

**Besitzerdaten**

Name		Vorname	
Straße		PLZ und Ort	
Telefon		Email	

**Antrag auf Gendiagnose: Willebrand Typ 2, Rauhaar, HD/OCD (bitte ankreuzen!)**

Hiermit beauftrage ich Sie mit der kostenpflichtigen Durchführung des Gentests für  
 von Willebrand Typ 2 (35 €)  Rauhaar (35 €)  HD und OCD (230,- €)  
 von Willebrand Typ 2, HD und OCD (250 €)  von Willebrand Typ 2, Rauhaar, HD und OCD (270 €)  
 Nach Eingang der Anforderung wird die Qualität der Blutprobe geprüft und danach die Rechnung zugesandt.  
 Alle Daten und Ergebnisse werden streng vertraulich behandelt.

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--

**Einverständniserklärung des Besitzers:** Der Verwendung der Testergebnisse sowie des Probenmaterials für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu. Dabei werden alle Angaben anonymisiert.

Datum		Unterschrift Besitzer	
-------	--	-----------------------	--

**Bestätigung der Identitätsprüfung/Probennahme durch den Tierarzt**

Hiermit bestätige ich, dass ich von dem oben genannten Tier eine EDTA-Blutprobe (3-5 ml) entnommen und mit der **Zuchtbuch-** und/oder Chipnummer und dem Namen des Tieres gekennzeichnet habe.

Datum		Praxisstempel und Unterschrift Tierarzt	
-------	--	---	--