

**Untersuchungsauftrag für den DWZRV:**

Auftraggeber: Windhundbesitzer über den DWZRV

DWZRV Mitgliedsnummer:

Institut: Feragen GmbH, Stubengasse 26, A-5020 Salzburg

Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen.

Rasse: \_\_\_\_\_ Name des Hundes: \_\_\_\_\_

ZB-Nr.: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_

**Gewünschte(n) Test(s) bitte auswählen:**

- MDR (SW)     CEA (SW)     DM (B)     Myostatin (WH)     GPRA (SL)     DNA Fingerprint ISAG 2006

**Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail des Eigentümers:**

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

Bestätigung des Tierarztes / Probennehmers:

- Die Ahnentafel oder der Hundepass wurde bei der Entnahme der Probe vorgelegt und stimmt mit den Angaben des Tieres überein   
Die Chipnummer des Hundes wurde überprüft und ist identisch mit den in der Ahnentafel / im Hundepass angegebenen Nummer

Bei Entnahme von Blut: ca. 4ml EDTA Blut
<b>Tierarzt</b> (Stempel; Name, Anschrift)

Bei Entnahme von je 2 Proben Mundschleimhaut
<b>Name und Unterschrift des Zuchtwarts:</b>
_____
_____

**Ich bestätige, dass die eingesandten Proben von dem angegebenen Hund stammen und die Richtigkeit der im Formular gemachten Angaben.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Besitzer/Eigentümer: \_\_\_\_\_

Das Ergebnis samt Rechnung wird dem Eigentümer zugestellt. Bei Auslandsrüden erfolgt die Rechnungstellung über den Eigentümer der Hündin.

**Bitte die Blut-/Schleimhautprobe mitsamt dem Originalformular an folgende Adresse senden:**

KUBEOS GmbH c/o FERAGEN Niedervillern 8 D-83410 Laufen