

Antrag auf neuropathologische Untersuchung

Intern

Neuro-Nummer: _____ Eingangsdatum: _____ Formalin -20°C -80°C

Besitzer

Vorname: _____ Nachname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Tel: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Tierarzt

Vorname: _____ Nachname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Tel: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Verrechnung: Tierarzt Kanton Andere: _____

Informationen zum Tier und zu untersuchendem Gewebe

Spezies: Hund Katze Rind Schaf Ziege Pferd Schwein Andere: _____

Name: _____ **Geschlecht:** w m kastriert Geburtsdatum: _____ Alter: J ___ M ___ T ___

Rasse: _____ ID (Ohrmarke, Chip): _____ TVD-Nummer (Nutztiere): _____

Nutzung: Haustier Zucht Sport Mast Milch Andere: _____

Haltung: Heim Zwinger Stall Weide Alp Andere: _____

Biopsie Postmortale Untersuchung

Todeseintritt: Datum _____ Uhrzeit _____ **Art des Todes:** Euthanasie Exitus

Eingesandtes Gewebe: Gehirn Rückenmark Periphere Nerven Muskel

Anamnese

Erkrankungsdauer (in Tagen): _____ Einzeltiererkrankung Bestandesproblem Anzahl der betroffenen Tiere: _____

Neurologische Symptome: Epileptische Anfälle Ataxie Tetraparese/Tetraplegie Paraparese/Paraplegie

Monoparese/Monoplegie Hypermetrie Kreislaufen Speicheln Opisthotonus

Kopfschiefhaltung Festliegen Blindheit Kopfnervenlähmungen Andere: _____

Spinale Reflexe: _____ Bewusstsein/Verhalten: _____

Neuroanatomische Lokalisation: Grosshirn Kleinhirn Hirnstamm Vestibulär Rückenmark: C1-C5

C6-T2 T3-L3 L4-cauda equina Peripher Multifokal

Eintritt/Verlauf: Perakut Akut Chronisch Progressiv Undulierend

Weitere Symptome: Fieber Durchfall Erbrechen Anorexie Leistungsabfall Schwäche Husten

Mastitis Konjunktivitis Lahmheit Schmerzen Andere: _____

Detaillierte/zusätzliche Informationen zu Verlauf und Symptomen: _____

Behandlung: nein ja Antibiotika Glucocorticoide Andere: _____ Ansprechen auf Therapie: ja nein

Klinische Verdachtsdiagnose: _____

Fragestellung: _____

Bemerkungen: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____