

## ANTRAG FÜR MILCHBAKTERIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

EINGANGSDATUM \_\_\_\_\_

### BESITZER

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### KUH

Name/Nr \_\_\_\_\_ Mastitis  akut  chron.  subklin.  Galt  
 Krankes Viertel  VL  HL  VR  HR Therapie ? \_\_\_\_\_  
 Schalmtest / CMT  +  ++  +++ \_\_\_\_\_  
 Probennahme durch  TA  Besitzer

### KUH

Name/Nr \_\_\_\_\_ Mastitis  akut  chron.  subklin.  Galt  
 Krankes Viertel  VL  HL  VR  HR Therapie ? \_\_\_\_\_  
 Schalmtest / CMT  +  ++  +++ \_\_\_\_\_  
 Probennahme durch  TA  Besitzer

### KUH

Name/Nr \_\_\_\_\_ Mastitis  akut  chron.  subklin.  Galt  
 Krankes Viertel  VL  HL  VR  HR Therapie ? \_\_\_\_\_  
 Schalmtest / CMT  +  ++  +++ \_\_\_\_\_  
 Probennahme durch  TA  Besitzer

### KUH

Name/Nr \_\_\_\_\_ Mastitis  akut  chron.  subklin.  Galt  
 Krankes Viertel  VL  HL  VR  HR Therapie ? \_\_\_\_\_  
 Schalmtest / CMT  +  ++  +++ \_\_\_\_\_  
 Probennahme durch  TA  Besitzer