

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