

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