

Eingangsdatum: .....

Einsendungs-Nr.: .....

## Histopathologische Untersuchung – Endometriumbiopsie – Stute

Einsender: (Tierarztstempel)

Besitzer: .....

.....

Rechnung an: Tierarzt ( )      Besitzer ( )

Fax-Mitteilung: ja ( )      an Nr.: .....

Behandlungsvorschlag erwünscht: ja ( ) nein ( )

Biopsie: Erst- ( ) Zweit- ( ) Dritt- ( ) Untersuchung

Ggfs. Einsendungs.-Nr.: .....

Stute: Identifikation: ..... Geb.jahr:..... güst seit (= erfolglos besamt/gedeckt seit):.....

Anzahl Abfohlungen: ..... letzte Abfohlung: ..... Vorbehandlung: .....

**Klinik:** Zervixtupfer: ..... Zytologie: ..... Hormonstatus: P: ..... E: .....

Vulva: ..... Vestibulum: ..... Vagina: .....Zervix:.....

Uterus: ..... Ovarien: .....

Zyklusstand: ..... Biopsieentnahmeort:      links ( ) Corpus ( ) rechts ( )

Besonderheiten (z. B. Zyklusanomalie): .....

.....  
*Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Tierkörper, Organe, Teilstücke und Proben in anonymisierter Form für Lehr- und Forschungszwecke verwendet, gelagert und nach Abschluss entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen entsorgt werden.*

*Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Vertragsabwicklung speichern und ggf. an Dritte (Dienstleister für weiterführende Untersuchungen und an die Hauptkasse des Freistaates Sachsen zu Abrechnungszwecken) weiterleiten. Sie haben das Recht, diesem Vorgehen zu widersprechen.*

....., den.....

.....  
**Unterschrift Tierarzt**

.....  
**Unterschrift Besitzer,**  
wenn Rechnungsempfänger

Bemerkungen: .....

.....