

Prüfbericht (Mastitiserreger)

Mikrobiologische Untersuchung + Resistenztest



IfM GmbH & Co. KG | Marie-Curie-Straße 8 | 27283 Verden | Tel: 04231/98950
Fax: 04231/989540 | Mail: info@milchuntersuchung.de | Internet: www.milchuntersuchung.de

Tagebuchnummer*

Datum der Probenahme

	Die Untersuchungen erfolgen durch die IfM GmbH & Co. KG im Auftrag des Landeskontrollverbandes Niedersachsen e.V. Großstr.30 26789 Leer	
--	---	--

Anschritt Betrieb (in Blockschrift)		Anschritt Tierarzt / Berater (in Blockschrift)	
MLP Betriebsschlüssel LKV: WE		Die Ergebnisse werden an den Betrieb und dessen LKV übermittelt. Wenn eine Tierarztpraxis / Berater angegeben wurde, werden die Ergebnisse auch dorthin übermittelt. [Bitte kreuzen Sie die bevorzugte Übermittlungsart an]	
Name		Name	
Straße		Straße	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Tel.: [] Fax:		Tel.: [] Fax:	
[] Mail:		[] Mail:	
Bemerkungen:			
* Doppelt umrandete Formularfelder werden vom IfM Labor ausgefüllt *			
		<input type="checkbox"/> Beratung durch den Hoftierarzt gewünscht	
		<input type="checkbox"/> Verdacht auf Hefemastitis (zusätzlicher Ansatz auf YGC Agar gewünscht)	

Tagebuch Nr.*	Tieridentifikation Ohrmarke / Name	Euter Viertel	somat. Zellzahl 1.000 / ml	Staphyloc. aureus	Koagulase neg. Staphylokokken	Sc. canis	Sc. agalactiae (Galt)	Sc. dysgalactiae	Sc. uberis	Askulin pos. Streptok. (Enterokokken u.a.)	sonstige Streptok.	Coliforme Keime	Escherichia coli	Trueperella pyogenes (Verdacht)	Hefen		
				St.aur.	KNS	ScG	ScB	ScC	ScE	ScS	colif.	E. coli	Truep. pyo.	Hefen			
	Lfd. Nr.																
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A VR															
	1	B HR															
		C VL															
		D HL															
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A VR															
	2	B HR															
		C VL															
		D HL															
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A VR															
	3	B HR															
		C VL															
		D HL															
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A VR															
	4	B HR															
		C VL															
		D HL															
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A VR															
	5	B HR															
		C VL															
		D HL															
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A VR															
	6	B HR															
		C VL															
		D HL															

Erläuterungen: Ø kein Wachstum von typ. Mastitiserregern X nicht auswertbar (Schmutzkeime)
n.u. nicht zu untersuchen + vereinzelt ++ vermehrt +++ massenhaft
kein Eintrag = negativ / kein Nachweis

