



LABOKLIN GmbH & Co. KG
Steubenstr. 4
97688 Bad Kissingen

Kom. HZW des DCBT e.V.
Hans Schmidt
Treuchtlinger Str. 1
91757 Wettelsheim

Gewünschte DNA Tests bitte nachfolgend ankreuzen

- HC (Hereditary Cataract)
 L-2- HGA (L-2 hydroxyglutaric aciduria)

Adressdaten des Eigentümers/der Eigentümerin

Vorname / Name: _____

Straße / Nr. _____

PLZ/Ort: _____

Email: _____

Daten des Hundes (Unzutreffendes streichen)

Rüde / Hündin: _____

Zuchtbuchnummer: _____

Tätowierungs-/Chip-Nr. _____

Wurfstag: _____

- An den HZW An den Eigentümer/die Eigentümerin
 Die Ahnentafel wurde vor der Untersuchung vorgelegt
 Die Chip-Nr. des Hundes wurde anhand der Ahnentafel überprüft

Hiermit wird bestätigt, dass der Tierarzt/die Tierärztin die Speichelprobe für den oben genannten Hund abgenommen hat und diese für den DNA-TEST PLL an LABOKLIN GmbH & Co. KG versenden wird. Weiterhin wird versichert, den Befund des DNA-TEST PLL an den HZW des DCBT und an den Eigentümer/die Eigentümerin zu senden. Der Eigentümer/die Eigentümerin bestätigt, dass er/sie Mitglied des DCBT e.V. ist. Er/sie erklärt sich damit einverstanden, die entstandenen Kosten zu bezahlen.

Ort, Datum

Eigentümer/in des Hundes

Tierarzt/-ärztin (Stempel)