



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)