Versuchsvorhaben AZ: LALLF 7221.3-1-Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bezeichnung des TV: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Kurzbezeichnung des TV: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Versuchsleiter: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Stellvertreter: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zweck des Versuches: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tier: Kurzkennzeichnung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tierart** | **Rasse** | **kastriert**  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  ja, am:Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
|  |  | **Geschlecht:** m[ ]  w[ ]  | [ ]  nein |
| **offizielle Nummer / ID** | **interne Kennzeichnung** |  |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| **Herkunft (Adresse)** | **Geburtsdatum** | **Aufnahmedatum** | **Verbleib nach Abschluss** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | Wählen Sie ein Element aus. |
|  | Wenn tierärztliche Untersuchung |
| Wann: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
|  | Tierarzt Unterschrift |  |
| **Standort** | **Standortwechsel** |
| Gebäude Nr. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | nach: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Raum Nr. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | am: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Box Nr. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Status des Tieres** | [ ]  im Versuch seit: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | **Wiederverwendung** |
| [ ]  Reservetier |  | [ ]  nein  | [ ]  ja |
|  |  |  |  |  |
| **Abschluss des Versuches:** | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |

Versuchsvorhaben AZ: LALLF 7221.3-1-Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Versuchsleiter: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tier: Kurzkennzeichnung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Behandlung / Eingriff/besonderes Vorkommnis | Betäubung (Methode) | Tötung (Methode) | Tatsächliche Belastung (Schweregrad) | DurchführenderUnterschrift |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |