

Zuweisungsformular (Einzelprobe)

| | |
|--|---|
| Achtung: Befunde werden nur noch direkt an den/die behandelnde/n Tierarzt/Tierärztin geschickt!!! | |
| EinsenderIn/ BesitzerIn Vor- und Nachname: Straße, PLZ, Ort: Telefonnummer: E-Mail: | RechnungsempfängerIn (falls von EinsenderIn abweichend) Vor- und Nachname: Geburtsdatum: Straße, PLZ, Ort: Telefonnummer: E-Mail: |
| Kontaktinformation behandelnde/r Tierarzt/Tierärztin Tierarztpraxis/Name: Straße, PLZ, Ort: Telefonnummer: E-Mail: | Zusendungen von Info-Post (unabhängig von einem Befund) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Postversand gewünscht*: <input type="checkbox"/> für Rechnung <input type="checkbox"/> für Befund <input type="checkbox"/> Versand per Mail *Wenn Sie eine Zusendung des Befunds/der Rechnung per Post wünschen, werden Portogebühren in Höhe von € 0,85 innerhalb von Österreich und von € 1,00 im EU-Ausland verrechnet. |
| Tierdaten: Art: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Schaf <input type="checkbox"/> Ziege <input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Kaninchen <input type="checkbox"/> Andere: Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich kastriert: <input type="checkbox"/> ja Verdachtsdiagnose/Anamnese: Vorbehandlung mit (Antiparasitika): | |
| Probenmaterial <input type="checkbox"/> Kot <input type="checkbox"/> Endoparasiten <input type="checkbox"/> Ektoparasiten <input type="checkbox"/> Blutausschich <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Vollblut <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Andere: Das Probenmaterial geht gemeinsam mit dieser ausgefüllten Anforderung in den Besitz der Veterinärmedizinischen Universität Wien über und wird nicht retourniert. | |
| DATENSCHUTZERKLÄRUNG Einsender (Tierärzte, Kliniken, Organisationen) <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die Vetmeduni Vienna die angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Erbringung von Laborleistungen an den Tieren meiner Kunden verarbeitet und eventuell anonymisiert für Forschungszwecke und Lehre (gemäß DSGVO) verwendet. Ich sichere zu, dass die von mir bereitgestellten Daten im Einklang mit der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet wurden und ich zur Datenweitergabe an die Vetmeduni Vienna berechtigt bin. <b style="color: red;">Ohne diese Daten und Ihr Einverständnis können wir die angebotenen Dienstleistungen nicht erfüllen. Einsender (Besitzer) <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die Vetmeduni Vienna die angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Erbringung von Laborleistungen an meinem Tier verarbeitet und eventuell anonymisiert für Forschungszwecke und Lehre (entsprechend der Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)) verwendet. <b style="color: red;">Ohne diese Daten und Ihr Einverständnis können wir die angebotenen Dienstleistungen nicht erfüllen. | |
| Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass mir das Institut für Parasitologie die Untersuchungsgebühren in Rechnung stellt. Falls ich einen anderen Rechnungsempfänger angebe und keine Zahlung erfolgt, bin ich für die Zahlung verantwortlich. | |
| Datum: _____ Unterschrift: _____ | |