

# Probenbegleitschein zur Trächtigkeitsuntersuchung

**Landeskontrollverband für Leistungs- und Qualitätsprüfung Sachsen-Anhalt e. V.**  
 Angerstr. 6 06118 Halle/Saale 0345/52149320 (Frau Dr. Look) Fax 0345/5214931



FB488rev2

Tag der Probennahme	Anzahl der Proben	Laboreingang	Tagebuchnummer

**Bitte füllen Sie alle grau hinterlegten Felder aus.**

<b>BETRIEB:</b>		
Straße / Nr.		
PLZ / Ort		
Tel.:	Fax:	E-Mail:

**Ergebnis:** per Fax:  per E-Mail:  (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Einsender:** Name: \_\_\_\_\_

Betriebsleiter:  Mitarbeiter:  Tierarzt:  (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<b>Bestellung neuer Proberöhrchen</b>	Anzahl: _____	Post <input type="checkbox"/> Selbstabholung <input type="checkbox"/> Kurier (Sammelpunkt LKV: _____) <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------	--

**Datenschutzhinweis ( DSGVO)/ Vertraulichkeit**

Im Formular erhobene personenbezogene und andere Daten werden ausschließlich zweckgebunden zur Auftragsabwicklung erhoben. Die Speicherung erfolgt automatisiert. Die Daten werden gelöscht, sobald der Zweck für ihre Erhebung entfällt und ggf. gesetzliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Gleiches gilt für die ermittelten Ergebnisse. Einsicht in diese Daten haben keine Dritten. Unvollständig ausgefüllte und nicht unterschriebene Aufträge können nicht bearbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift

**Bitte Abrissbarcode auf das vorgesehene Feld aufbringen!**  
**Milchprobenahme:** - ab dem 28. Tag nach der Belegung und 60 Tage nach Abkalbung  
 - bitte das Vorgemelk verwerfen

Ifd.Nr.	Ohrmarke	Abrissbarcode	Tag der Belegung	Bemerkung
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

# Probenbegleitschein zur Trächtigkeitsuntersuchung

<b>fd.Nr</b>	<b>Ohrmarke</b>	<b>Abrissbarcode</b>	<b>Tag der Belegung</b>	<b>Bemerkung</b>
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				