T o l l w u t m o n i t o r i n g NRW

Untersuchung auf Tollwutvirus

an: O **CVUA Westfalen Standort Arnsberg** Zur Taubeneiche 10 -12, 59821 Arnsberg **0234 /957 194-0**
O **CVUA-OWL** Westernfeldstraße 1, 32758 Detmold
O **CVUA-RRW** Deutscher Ring 100, 47798 Krefeld
O **CVUA in Münster** Joseph-König-Straße 40, 48147 Münster

Veterinäramt / Auftraggeber	**Überbringer**
Kreis Unna **Platanenallee 16** **59425 Unna** **Tel: 02303 27 1539**	**Name:** **Straße:** **Wohnort:** **Tel.:** **Fax:**

Fuchs **O Altfuchs** **O Jungfuchs** **O ml.** **O wbl.**

Herkunft : **Stadt / Gemeinde:**
Kreis:
Revier:

O verendet aufgefunden am:
O verunfallt am:
O erlegt am:
O sonstiges:

O verhaltensauffällig
O Personenkontakt

Datum: **Unterschrift:**

Nur vom Untersuchungsamt auszufüllen: **Labor-Nr.** _____

Untersuchungsergebnis:

Tollwut – IFT:	**O negativ**	**O fraglich**	**O positiv**
Tollwut – ZK:	**O negativ**	**O fraglich**	**O positiv**

Datum	**Unterschrift**