



Zentrales Milchlabor im Landeskontrollverband Schleswig-Holstein e.V.

Steenbeker Weg 151, 24106 Kiel

Telefon: 0431-33987 53 oder -51

Fax: 0431-33987 45

Auftrag zur Trächtigkeitsuntersuchung aus Milchproben

Auftraggeber:

LKV-Betriebsnr.: _____ Straße: _____

Name, Vorname: _____ PLZ, Wohnort: _____

Befundmitteilung erwünscht per (bitte angeben) _____

Post Fax-Nr: _____ E-Mail: _____

Datum der Probenahme: _____

Nr.	Kuh	Barcode des Probenröhrchens	Belegdatum
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

- Bitte wenden -

Nr.	Kuh	Barcode des Probenröhrchens	Belegdatum
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Bitte füllen Sie alle Felder des Auftrags vollständig aus!

Die korrekte Zuordnung der Probenbezeichnung zur Probe liegt in der Verantwortung des Probenehmers.

Datum: _____ Unterschrift: _____