

טופס הגשת בדיקה למעבדה-כלבים/חתולים

תאריך לקיחת הדגימה: _____ מספר סידורי פנימי: _____ (לשימוש המעבדה בלבד)

שם: _____ שם בית העסק: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ Email: _____

בחר אחת מן האפשרויות לקבלת התשובה: Email / דואר (סמן את הרצוי)

שם בעלים: _____ סוג בעל חיים: _____ מספר סידורי: _____ (מדבקה)

גזע בעל חיים: _____ זיהוי בעל חיים (שבב/שם): _____

תאריך חיסון אחרון (משושה/מרובע): _____

האם מקבל טיפול כן/לא סוג הטיפול: _____ תאריך סיום הטיפול: _____

סימנים קליניים: _____

אנא סמנו את הבדיקות הרצויות

- | מחלות גנטיות בכלבים | פתוגנים בכלבים | פתוגנים בחתולים |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Multi Drug Resistance | <input type="checkbox"/> Anaplasma spp. | <input type="checkbox"/> Anaplasma spp. |
| <input type="checkbox"/> Ceroid Lipofuscinosis | <input type="checkbox"/> Ehrlichia spp (canis ect) | <input type="checkbox"/> Babesia spp |
| <input type="checkbox"/> Colic eye abnormality | <input type="checkbox"/> Babesia spp. | <input type="checkbox"/> Ehrlichia spp |
| <input type="checkbox"/> Copper Toxicosis | <input type="checkbox"/> Hepatozoon spp. | <input type="checkbox"/> Borrelia spp |
| <input type="checkbox"/> Progressive retinal atrophy (PRA)- תלוי גזע | <input type="checkbox"/> Bartonella spp | <input type="checkbox"/> Rickettsia spp. |
| <input type="checkbox"/> Degenerative Myelopathy | <input type="checkbox"/> Rickettsia spp. | <input type="checkbox"/> Bartonella spp |
| <input type="checkbox"/> Trapped neutrophil syndrome | <input type="checkbox"/> Mycoplasma Hemocanis | <input type="checkbox"/> Mycoplasma Hemofelis (המוברטולה) |
| <input type="checkbox"/> Cystinuria | <input type="checkbox"/> Borrelia spp. | <input type="checkbox"/> Feline Herpes Virus |
| <input type="checkbox"/> Hereditary Cataract (HSF4) | <input type="checkbox"/> Canine parvo virus | <input type="checkbox"/> Feline Immunodeficiency Virus |
| <input type="checkbox"/> Imlerslund-Gräsbeck syndrome | <input type="checkbox"/> Leishmanina spp. | <input type="checkbox"/> Feline Leukemia Virus |
| <input type="checkbox"/> Spinocerebellar Ataxia \ LOA (Late Onset Ataxia) | <input type="checkbox"/> Canine Distemper Virus | <input type="checkbox"/> Panleukopenia (Parvo Virus) |
| <input type="checkbox"/> Primary Lens Luxation | <input type="checkbox"/> Corona Virus | <input type="checkbox"/> Chlamydophila Felis |
| <input type="checkbox"/> Von Willibrand disease type 1 | <input type="checkbox"/> Neospora Caninum | <input type="checkbox"/> Mycoplasma spp |
| <input type="checkbox"/> Exercise Induced Collapse | <input type="checkbox"/> Ureaplasma | <input type="checkbox"/> Feline Calici Virus |
| | <input type="checkbox"/> Bordetella Bronchiseptica (Kennel cough) | <input type="checkbox"/> Toxoplasma |
| | <input type="checkbox"/> Salmonella spp | <input type="checkbox"/> Corona Virus |
| | <input type="checkbox"/> Canine Herpes Virus | <input type="checkbox"/> Dirofilaria repens/ Immitis |
| | <input type="checkbox"/> Coxiella Brunetii (Q fever) | <input type="checkbox"/> Neospora Caninum |
| | <input type="checkbox"/> Dirofilaria repens/ Immitis | <input type="checkbox"/> Coxiella Brunetii (Q fever) |
| | <input type="checkbox"/> פאנל טפילי דם | <input type="checkbox"/> פאנל מחלות זאנוטיות |
| | <input type="checkbox"/> פאנל שלשולים | <input type="checkbox"/> פאנל מערכת נשימה |
| | | <input type="checkbox"/> פאנל שלשולים |
| | | <input type="checkbox"/> פאנל חתולים גזעיים |

סך כל התשלום: _____ (על פי מחירון עדכני)

שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז. _____ טלפון: _____

מס' ויזה/אשרכרט/אחר: _____ תוקף: _____ CVV: _____

אנא שלחו _____ ערכות בדיקה

קראתי, הבנתי את הנחיות לקיחת הבדיקה ואני מודע לרגישותה. אני מודע לכך שחברת קרניאלי וט בע"מ לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם כתוצאה מתוצאות הבדיקה במישרין או בעקיפין. תוצאות הבדיקה ישמרו בסודיות על פי מגבלות החוק.

חתימת מזמין השירות: _____



קרניאלי וט בע"מ המרכז לאבחון מולקולרי וטיפול בתאי גזע בבעלי חיים

ת.ד 1121 קרית טבעון מיקוד: 3601512 טלפון: 04-9536166 פקס: 04-9536165
דואר אלקטרוני: vet@karnieli.com אתר: www.karnieli-vet.co.il