

טופס הגשת בדיקה למעבדה-חיות קטנות

שם בית העסק:	שם:
תאריך:	כתובת:
טלפון:	פקס:
Email:	אופן קבלת התשובה: פקס / Email / טלפון / דואר (סמן את הרצוי)

מספר סידורי: _____

שם בעלים: _____ כתובת: _____

סוג בעל חיים: _____ מין/גזע בעל חיים: _____

זיהוי בעל חיים (שבב/שם): _____

סימנים קליניים: _____

אנא סמנו את הבדיקות הרצויות

- | מחלות גנטיות בכלבים | פתוגנים בכלבים | פתוגנים בחתולים |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Multi Drug Resistance (MDR1) <input type="checkbox"/> Ceroid Lipofuscinosis (NCL) <input type="checkbox"/> Colie eye abnormality (CEA) <input type="checkbox"/> Copper Toxicosis <input type="checkbox"/> Progressive retinal atrophy (PRA) תלוי גזע <input type="checkbox"/> Degenerative Myelopathy <input type="checkbox"/> Trapped neutrophil syndrome <input type="checkbox"/> Cystinuria <input type="checkbox"/> Hereditary Cataract <input type="checkbox"/> Imlerslund-Gräsbeck syndrome <input type="checkbox"/> Spinocerebellar Ataxia <input type="checkbox"/> LOA (Late Onset Ataxia) <input type="checkbox"/> Primary Lens Luxation <input type="checkbox"/> Von Willibrand disease type 1 <input type="checkbox"/> Hypomyelination (FNIP2) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ehrlichia spp (canis ect) <input type="checkbox"/> Canine parvo virus <input type="checkbox"/> Babesia Canis <input type="checkbox"/> Hepatozoon <input type="checkbox"/> Canine Herpes Virus <input type="checkbox"/> Canine Distemper Virus <input type="checkbox"/> Leishmanina <input type="checkbox"/> Dirofilaria repens/ Immitis <input type="checkbox"/> Corona Virus <input type="checkbox"/> Neospora Caninum <input type="checkbox"/> Ureaplasma <input type="checkbox"/> Bordetella Bronchiseptica (Kennel cough) <input type="checkbox"/> Salmonella spp <input type="checkbox"/> Bartonella spp <input type="checkbox"/> Coxiella Brunetii (Q fever) <input type="checkbox"/> Rickettsia spp. <input type="checkbox"/> פאנל טפילי דם <input type="checkbox"/> פאנל שלשולים | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cat scratch Disease <input type="checkbox"/> Feline Herpes Virus <input type="checkbox"/> Feline Immunodeficiency Virus <input type="checkbox"/> Feline Leukemia Virus <input type="checkbox"/> Mycoplasma Hemofelis (המוברטוניה) <input type="checkbox"/> Panleukopenia (Parvo Virus) <input type="checkbox"/> Chlamydomphila Felis <input type="checkbox"/> Mycoplasma spp <input type="checkbox"/> Feline Calici Virus <input type="checkbox"/> Toxoplasma <input type="checkbox"/> Corona Virus <input type="checkbox"/> Dirofilaria repens/ Immitis <input type="checkbox"/> Neospora Caninum <input type="checkbox"/> Coxiella Brunetii (Q fever) <input type="checkbox"/> Rickettsia spp. <input type="checkbox"/> פאנל מחלות זאנוטיות <input type="checkbox"/> פאנל מערכת נשימה <input type="checkbox"/> פאנל שלשולים <input type="checkbox"/> פאנל חתולים גזעיים |

מחלות גנטיות בחתולים

- Polycystic Kidney Disease (PKD)
- Hypertrophic Cardiomyopathy (HCM)

סך כל התשלום: _____ (על פי מחירון עדכני)

אופן התשלום- צ'ק/התחייבות מס _____ בבנק: _____ סניף: _____

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

מס' ויזה/ישרכרט/אחר: _____ תוקף: _____ חתימה: _____

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