

טופס הגשת בדיקה למעבדה-חיות קטנות

תאריך:	מספר סידורי פנימי:	(לשימוש המעבדה בלבד)
שם:	שם בית העסק:	
כתובת:		
טלפון:	פקס:	Email:
בחר אחת מן האפשרויות לקבלת התשובה: Email / דואר (סמן את הרצוי)		

מספר סידורי: _____ (מדבקה)

שם בעלים: _____

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

זיהוי בעל חיים (שבב/שם): _____

סימנים קליניים: _____

אנא סמנו את הבדיקות הרצויות

מחלות גנטיות בכלבים

- Multi Drug Resistance
- Ceroid Lipofuscinosis
- Colic eye abnormality
- Copper Toxicosis
- Progressive retinal atrophy (PRA)- תלוי גזע
- Degenerative Myelopathy
- Trapped neutrophil syndrome
- Cystinuria
- Hereditary Cataract (HSF4)
- Imlerslund-Gräsbeck syndrome
- Spinocerebellar Ataxia \ LOA (Late Onset Ataxia)
- Primary Lens Luxation
- Von Willibrand disease type 1
- Exercise Induced Collapse

מחלות גנטיות בחתולים

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

פתוגנים בכלבים

- Anaplasma spp.
- Ehrlichia spp (canis ect)
- Babesia spp.
- Hepatozoon spp.
- Bartonella spp
- Rickettsia spp.
- Mycoplasma Hemocanis
- Borrelia spp.
- Canine parvo virus
- Leishmania spp.
- Canine Distemper Virus
- Corona Virus
- Neospora Caninum
- Ureaplasma
- Bordetella Bronchiseptica (Kennel cough)
- Salmonella spp
- Canine Herpes Virus
- Coxiella Brunetii (Q fever)
- Dirofilaria repens/ Immitis
- פאנגל טפילי דם מצומצם
- פאנגל שלשולים

פתוגנים בחתולים

- Anaplasma spp.
- Babesia spp
- Ehrlichia spp
- Borrelia spp
- Rickettsia spp.
- Bartonella spp
- Mycoplasma Hemofelis (המוברטוליה)
- Feline Herpes Virus
- Feline Immunodeficiency Virus
- Feline Leukemia Virus
- Panleukopenia (Parvo Virus)
- Chlamydia Felis
- Mycoplasma spp
- Feline Calici Virus
- Toxoplasma
- Corona Virus
- Dirofilaria repens/ Immitis
- Neospora Caninum
- Coxiella Brunetii (Q fever)
- פאנגל מחלות זאנוטיות
- פאנגל מערכת נשימה
- פאנגל שלשולים
- פאנגל חתולים גזעיים

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: _____ 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: 36015 טלפון: 04-9536166 פקס: 04-9536165
דואר אלקטרוני: [vet@karnieli.com](mailto:veter@karnieli.com) אתר: www.karnieli-vet.co.il