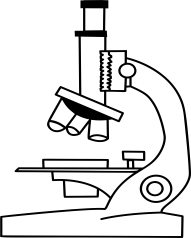
Tier: Igel [ ] Hund [ ] Katze [ ] Pferd [ ]  
Name:.....................................................  
Alter:................ Gewicht:.......................  
Bemerkung:............................................  
...............................................................  
...............................................................  
NOTFALL : Ja [ ] NEIN [ ]

Name:......................................................  
Adresse:....................................................................................................................  
Mail:.........................................................Tel............................................................

Nicole Schneider - Abbehauser Wischweg 1-26954 Nordenham-Tel. 015172923793  
PayPal: Infoigelhilfenordenham@web.de (Freunde) Geld liegt bei [ ]   
**N26** Paypal [ ]DE 62 1001 1001 2626 1125 81 Rechnung [ ]  
BIC: NTSBDEB1XXX

Bank:



Probe: Kot [ ] Urin [ ] Bakterien [ ]

Probenentnahme am:

Kotuntersuchung:   
Kotanalyse, Flotationsverfahren, Sedimentation -Trichterverfahren, Direktanreicherung [ ] 9,50 Euro   
Zusatzuntersuchung:  
Färbeverfahren (Kryptosporidium spp) [ ] 6,50 Euro  
Kulturelle Darmbakterien Bestimmung incl. PH Wert [ ] 22,50 Euro   
***Anmerkung:*** *In der Regel reicht eine Untersuchung auf Parasiten aus! (Nachuntersuchung sollte ohne besonderen Befund sein)  
 Sollten sich dennoch nach der Behandlung weitere Symptome wie Diarrhoen (Durchfall) Erbrechen, Appetitlosigkeit, Stachelausfall, Renner- Syndrom, oder weitere Auffälligkeiten zeigen, so sind weitere Untersuchungen möglich. In Notfällen sollte immer der direkte Weg zu einem Igelkundigen Tierarzt gewählt werden!*

*Eine Ko*

*Eine Zusatzuntersuchung macht nur Sinn, wenn der Igel bereits Parasitenfrei ist jedoch weitere Symptome wie Diarrhoen (Durchfall) Erbrechen oder weitere auffällige Symptome aufzeigt!*

Bisher festgestellte Krankheiten:..........................................................................................................................................................................................................................  
..............................................................................................................................................................................................................................................Vorbehandelt mit Medikamenten: ..............................................................................................................................................................................................................................................Welche Symptome zeigt das Tier:   
..............................................................................................................................................................................................................................................  
Handelt es sich um eine Nachuntersuchung? Ja [ ] NEIN [ ]  
  
  
........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  
..................................................................................................................................................................................................................................................

Sonstige Bemerkungen:

**Diagnose:** **Anmerkung:**   
**Lungenwurmbefall / Cmosma Striatum** [ ]   
Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Darmhaarwurmbefall/ Capillaria spp.** [ ]  
Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Bandwurm/ Hymenolpis erinacei** [ ]  
Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Krytosporidien / Cryptosporidium spp**  [ ]  
Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Kratzerbefall/Nephridiahynchus major** [ ]  
Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Lungenhaarwurm/ Capillaria aerpphila** [ ]  
Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Darmsaugwurm / Brachylaemus erinacel** [ ]Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Kokzidose / Isospora rastegaievae**  [ ]  
Ggr. [ ] Grad I [ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]   
**Giradienbefall / Giradia spp**  [ ]  
Ggr. [ ] Grad I[ ] Grad II [ ] Grad III [ ] Grad IV [ ]

**Sonstiges:­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] **Anmerkung.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

§Rechtliches: Ich weise vorsorglich darauf hin, dass ich keine Medikamenten Beratung sowie Dosierungsvorschläge machen werde. Medikamente sowie eine Dosierungseinheit müssen von einem Tierarzt ausgegeben werden! Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie fachliche Fragen mit einem Tierarzt zu besprechen: