

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name des Tierhalters
Straße
PLZ, Ort
Rechnungsstellung an den Tierhalter erfolgt nur bei vollständiger Anschrift des Tierhalters und Bestätigung des Tierarztes über die Abtretung und das Einverständnis des Tierhalters.
Unterschrift des Tierhalters (nur bei Tierhalterabrechnung)

Adresse nur angeben, wenn der Tierhalter der Rechnungsempfänger ist



IDEXX GmbH  
 Humboldtstraße 2  
 D-70806 Kornwestheim  
 Germany  
 Amtsgericht Stuttgart, HRB 203453  
 Geschäftsführer: Jeffery D. Chadbourne,  
 Lily J. Lu, Willard R. Blanche, Jr.

Das aktuellste komplette Angebot finden Sie auf [vetconnectplus.de](http://vetconnectplus.de) [vetconnectplus.at](http://vetconnectplus.at)

Tel.: D +49 (0)69 153 253 290  
 Tel.: A +43 (0)1 206 092 729  
[labor@idexx.com](mailto:labor@idexx.com)  
[idexx.de](http://idexx.de), [idexx.at](http://idexx.at)

# OCULAR HISTOLOGY DE/AT

BARCODE	PATIENT INFORMATION
[Barcode Area]	<input type="checkbox"/> Dog <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Cat <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Rabbit <input type="checkbox"/> Spayed <input type="checkbox"/> Horse <input type="checkbox"/> When?
[Internal Field Area]	Owner's Name <hr/> Pet's Name <hr/> Breed <hr/> Age <hr/>

PRACTICE STAMP
<p>Hiermit akzeptiere ich die AGBs für Labortests von IDEXX/Vet Med Labor (EMEA) (aktuelle Ausgabe, Download <a href="http://idexx.de">idexx.de</a>) und erteile der IDEXX GmbH den Auftrag, die ausgewählten Tests gemäß der aktuellen Preisliste durch die Vet Med Labor GmbH als Subunternehmen durchführen zu lassen.</p> <p>Die ordnungsgemäße Verarbeitung persönlicher Daten ist für die IDEXX GmbH und die Vet Med Labor GmbH sehr wichtig. Unsere Datenschutzvereinbarung ist einsehbar unter <a href="http://www.idexx.com/privacy">www.idexx.com/privacy</a>.</p> <p>* Bei Tierhalterabrechnung trete ich gemäß der AGBs der IDEXX GmbH meinen Anspruch gegen den o.g. Tierhalter auf das Entgelt für die hiermit angeforderten Tests an die IDEXX GmbH ab.</p> Datum und Unterschrift des Auftraggebers (Tierarzt): <hr/>

09-0018221-03 2024-V1

EXAM
<input type="checkbox"/> <b>HISTOC</b> Ocular pathology - globe (diameter ≤ 2.5 cm)
<input type="checkbox"/> <b>HISTOCL</b> Ocular pathology - globe (diameter > 2.5 cm)
<input type="checkbox"/> <b>HISTU</b> Parts of ocular or periocular tissue

MATERIAL
Sample sent <input type="checkbox"/> Globe <input type="checkbox"/> Evisceration  <input type="checkbox"/> Other: .....
Anatomical location of lesion:
Number of lesions: ..... <input type="checkbox"/> Right eye <input type="checkbox"/> Left eye
Glaucoma present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Metastasis present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Iris color:
<b>CLINICAL HISTORY</b>
Clinical signs:
Progression of lesion:
Duration of lesion:
Other eye also affected? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Recurrence: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Clinical diagnosis / suspicion:

OTHER EXAMS:
TREATMENT:
<b>Indicate lesion locations</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">DORSAL</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CAUDAL</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ROSTRAL</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">VENTRAL</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">OD</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">OS</div> </div>

Reports will be sent out in German or English, depending on the availability of ocular specialists.