PROTOKOLL ZUR BEPROBUNG VON KOI VOR DEM VERKAUF

Kunde (Name, Anschrift, Tel. und/oder E-Mail)	**Stempel Tierarzt**

BESTAND

Anzahl der Fische (Gesamtbestand)		**Alter – von/bis** (Angabe in Jahren)	

Herkunft (Bitte ankreuzen)	☐ Japan	☐ Europa	☐ Israel	☐ Zentralasien

BEPROBTE FISCHE

Anzahl Fische	(Bitte nur die Anzahl der tatsächlich beprobten Fische eintragen)	

Beschreibung/ Varietät (Bitte Details im Feld rechts auflisten und jeweils Größe in cm mit angeben)	

HAUT-/KIEMENABSTRICHE

Wurden Ektoparasiten nachgewiesen? ☐ JA (Infos bitte nachfolgend eintragen) ☐ NEIN, keine

Nachgewiesene Parasiten: _____

Behandlungsempfehlung vor dem Verkauf:

_____

_____

Die Anlage und Becken bieten den Koi die Möglichkeit artgerechter Hälterungs- und Wasserbedingungen (Zutreffendes bitte ankreuzen). ☐ JA ☐ NEIN

KIEMENBIOPSIEN

Anzahl		**Untersuchung auf** (Bitte ankreuzen)	☐ KHV	☐ CEV	☐ F. Columnare (ausgen. Schweiz)

HINWEIS für Fachinstitut: Ergebnisse bitte an Tierarzt und Tierbesitzer senden. Vielen Dank.

ZEIT VOR ORT – Beratung, klinische Bestandsuntersuchung, Sonstiges:

Uhrzeit	von	bis	Uhr	**km-Anteil**	

Die Koi wurden 24 - 28 Std. vor Probenentnahme durch Keschern oder Sauerstoffmangel gestresst.

Datum	Unterschrift Kunde	Unterschrift Tierarzt

© NEW KOI MANAGEMENT 01/2020
Erstellt in Abstimmung mit Fachtierärzten