KREIS COESFELD

Tollwutmonitoring NRW

Untersuchung auf Tollwutvirus

an:	O	**SVUA Arnsberg**	Zur Taubeneiche 10 -12, 59821 Arnsberg
	O	**CVUA-OWL**	Westernfeldstraße 1, 32758 Detmold
	O	**CVUA-RRW**	Deutscher Ring 100, 47798 Krefeld
	O	**CVUA-MEL Münster**	Joseph-König-Straße 40, 48147 Münster

Veterinäramt / Auftraggeber	**Überbringer**
Kreis Coesfeld **Der Landrat** **39-Veterinärdienst und Lebens-mittelüberwachung** **Daruper Str. 5** **48653 Coesfeld** **Tel.: 02541/18-3912** **Fax: 02541/18-3999**	**Name:** **Straße:** **Wohnort:** **Tel.:** **Fax:**

Fuchs O Altfuchs O Jungfuchs O ml. O wbl.

Herkunft : **Stadt / Gemeinde:**
Kreis: **Coesfeld**
Revier:

O **verendet aufgefunden am:**
O **verunfallt am:**
O **erlegt am:**
O **sonstiges:**

O **verhaltensauffällig**
O **Personenkontakt**

Datum: **Unterschrift:**

Nur vom Untersuchungsamt auszufüllen: **Labor-Nr.** _____

Untersuchungsergebnis:

Tollwut – IFT:	O **negativ**	O **fraglich**	O **positiv**
Tollwut – ZK:	O **negativ**	O **fraglich**	O **positiv**

Datum	**Unterschrift**