Institut für Tierzucht und Vererbungsforschung
Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover
Bünteweg 17p
30559 Hannover
Fax: 0511-953-8582
E-Mail: ABGLab@tiho-hannover.de

Laboreingang am:
POLLED-
Bestätigung am:

Antrag auf Gendiagnose für Hornlosigkeit (Polled-Test)

Identifikation und Rasse des Tieres

Lebensohrmarke(LOM): Name: KB-Station:
Zuständige Zuchtorganisation:

Herdbuchnummer: □ Männlich □ Weiblich Geburtsdatum:

Rasse: □ Deutsches Fleckvieh □ Deutsche Holsteins □ Charolais □ Limousin □ Pinzgauer
□ Deutsches Gelbvieh □ Kreuzungstier aus den Rassen:

Angaben zum Hornstatus des Tieres

□ hornlos	□ Wackelhörner beidseitig/li/re	□ Kruste/ Hornschuppe	□ gehörnt
P	**PS**	**K**	**H**

Angaben zu Eltern, Geschwistern und deren Hornstatus

Vater	**Mutter**	**Geschwister**				
Name	Name **Muttervater:** **HB Nr.:**	Nr./LOM	Vater LOM-Name	Horn-status	Mutter LOM-Name	Horn-status
LOM Vater	LOM Mutter	1				
		2				
Rasse	Rasse					
HB-Nr.		3				
		4				
Hornstatus:	Hornstatus:	5				

Anschrift und Einverständniserklärung des Tierbesitzers

Ich bin mit der Durchführung der Gendiagnose auf Hornlosigkeit an dem o.g. Tier und der Verwendung der Testergebnisse sowie des Probenmaterials für wissenschaftliche Untersuchungen einverstanden. Auch mit der Weitergabe dieser Ergebnisse an die zuchtbuchführende Stelle bin ich einverstanden.

Name: Anschrift:

Telefon: Fax: E-Mail:

_____
Datum Unterschrift

Bestätigung der Probennahme und Tieridentifikation

Geeignet sind als Probenmaterial 5-8 ml EDTA-Blut oder 5 Spermapailletten

Name und Anschrift Probennehmer:	_____ Datum Unterschrift