



- DNA-Profil ISAG     
  DNA Profil + Abstammungsnachweis ISAG 2006     
  POAG/PLL beim Shar Pei

### Persönliche Angaben:

#### Auftraggeber:

(Stempel od. Blockschrift)

Name: 1. Deutscher Shar-Pei Club 1985 e.V.  
 Frau Bettina Asam  
 Straße: Ruppertskirchen 4  
 PLZ/Ort: 85250 Altmünster  
 Land: Deutschland  
 Tel.Nr.: +49 8254 8605  
 Fax/E-Mail: zuchtleitung@1-dspc.de

#### Tierbesitzer:

(Stempel od. Blockschrift wenn abweichend)

Name: .....  
 Straße: .....  
 PLZ/Ort: .....  
 Land: .....  
 Tel.Nr.: .....  
 Fax/E-Mail: .....

### Angaben zum Tier

(benötigt werden 1 bis 2 ml EDTA-Blut oder ein Mundschleimhautabstrich)

Proben Nr.:	♂	♀	EDTA Blut	Backen abst.	Name	Zuchtbuchnr.: / Chip Nr.:	Geb. Datum
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### Rechtliches

Hiermit bestätige ich die korrekte Probenentnahme, sowie die Übereinstimmung des Probenmaterials mit der Identität des am Formular angeführten Tieres. Ich habe die Allgemeinen Geschäfts- und Widerrufsbedingungen gelesen und akzeptiert. Einzusehen unter [www.feragen.at/agb](http://www.feragen.at/agb) und [www.feragen.at/widerruf](http://www.feragen.at/widerruf)

Name, Vorname:  
(Besitzer)

.....

Datum, Unterschrift:

Name, Vorname:  
(Tierarzt)

.....

Datum, Stempel, Unterschrift





## Niederschrift über Probenentnahme und Identität bei Abstammungsnachweisen

**Möglicher Vater:** Probe: Blut  Mundschleimhaut

Name: ..... Besitzer:\* .....

Rasse:\* ..... Adresse: .....

Geb. Datum:\* ..... Plz. / Ort: .....

Zuchtbuch / Chip Nr.:\* ..... Probenset Nr.:\* .....

(siehe Verpackung)

**Mutter:** Probe: Blut  Mundschleimhaut

Name: ..... Besitzer:\* .....

Rasse:\* ..... Adresse: .....

Geb. Datum:\* ..... Plz. / Ort: .....

Zuchtbuch / Chip Nr.:\* ..... Probenset Nr.:\* .....

(siehe Verpackung)

**Nachkomme:** Probe: Blut  Mundschleimhaut  **Geschlecht:**  Hündin  Rüde

Name: ..... Besitzer:\* .....

Rasse:\* ..... Adresse: .....

Geb. Datum:\* ..... Plz. / Ort: .....

Zuchtbuch / Chip Nr.:\* ..... Probenset Nr.:\* .....

(siehe Verpackung)

**Nachkomme:** Probe: Blut  Mundschleimhaut  **Geschlecht:**  Hündin  Rüde

Name: ..... Besitzer:\* .....

Rasse:\* ..... Adresse: .....

Geb. Datum:\* ..... Plz. / Ort: .....

Zuchtbuch / Chip Nr.:\* ..... Probenset Nr.:\* .....

(siehe Verpackung)

**Nachkomme:** Probe: Blut  Mundschleimhaut  **Geschlecht:**  Hündin  Rüde

Name: ..... Besitzer:\* .....

Rasse:\* ..... Adresse: .....

Geb. Datum:\* ..... Plz. / Ort: .....

Zuchtbuch / Chip Nr.:\* ..... Probenset Nr.:\* .....

(siehe Verpackung)

**Nachkomme:** Probe: Blut  Mundschleimhaut  **Geschlecht:**  Hündin  Rüde

Name: ..... Besitzer:\* .....

Rasse:\* ..... Adresse: .....

Geb. Datum:\* ..... Plz. / Ort: .....

Zuchtbuch / Chip Nr.:\* ..... Probenset Nr.:\* .....

(siehe Verpackung)





## Niederschrift über Probenentnahme und Identität bei Abstammungsnachweisen

<b>Weitere:</b>	Probe: Blut <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut <input type="checkbox"/>	<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> Hündin <input type="checkbox"/> Rüde
Name:	.....	Besitzer:*	.....
Rasse:*	.....	Adresse:	.....
Geb. Datum:*	.....	Plz. / Ort	.....
Zuchtbuch / Chip Nr.:*	.....	Probenset Nr.:* (siehe Verpackung)	.....

<b>Weitere:</b>	Probe: Blut <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut <input type="checkbox"/>	<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> Hündin <input type="checkbox"/> Rüde
Name:	.....	Besitzer:*	.....
Rasse:*	.....	Adresse:	.....
Geb. Datum:*	.....	Plz. / Ort	.....
Zuchtbuch / Chip Nr.:* * Pflichtangaben	.....	Probenset Nr.:* (siehe Verpackung)	.....

## Probenversand

Die Proben senden Sie bitte ausreichend geschützt und verpackt als Standardbrief an eine der nachfolgenden Adressen.  
Bitte achten Sie beim Versand von Blutröhrchen auf eine bruch sichere Verpackung!

**FERAGEN GmbH**  
Strubergasse 26  
5020 Salzburg  
ÖSTERREICH

**KUBEOS GmbH**  
c/o FERAGEN  
Niedervillern 8  
83410 Laufen  
DEUTSCHLAND

## Erklärung / Bestätigung

Die Probenentnahme wurde dokumentiert (Foto/Video):  Ja  Nein  
(Falls ja, bitte Foto- oder Videomaterial beim Zeugen aufbewahren)

**Erklärung des Zeugen:**  
Das Formular wurde in meiner Gegenwart vom Probennehmer unterschrieben:  Ja  Nein  
Die Tiere wurden mit den Angaben in den Zuchtpapieren kontrolliert:  Ja  Nein  
Es wurde sterilen Abstrichtupfern verwendet:  Ja  Nein

Name, Vorname:  
(Probennehmer) .....

Datum, Unterschrift: .....

Name, Vorname:  
(Zeugen) .....

Datum, Stempel, Unterschrift: .....

