

Beiðni um sjúkdómsrannsókn

(Fiskeldisstöð):

Sími:

Heimilisfang:

Tölvupóstfang:

Héraðsdýralæknir:

Sýni tekið (dagsetn./klst.):

Ker/kví nr.: _____ Fisktegund: _____ Riðtíð: _____

Eðli sýnis: _____

Hvers er óskað: _____

Dauði (% á dag/viku): _____ Hvenær varð sjúkdómsins vart: _____

Dauðinn er: Vaxandi Breytilegur Minnkandi

Útbreiðsla sjúkdóms í stöðinni: _____

Sjúkdómseinkenni í einum eða fleiri árgöngum: _____

Sjúkdómsmeðferð og hve lengi: _____ Árangur: _____

Eldisstofn og uppruni: _____

Ferskvatn Saltvatn: _____ Vatnshiti: _____

Súrefnisinnihald: _____ Innrennsli: _____ Frárennsli: _____ pH: _____

Þéttleiki: _____ Fóðrun: _____ Matarlyst: _____

Breytingar á umhverfisþáttum (s.s. flutningar, flokkun, breytilegur vatnshiti):

Sundhegðun: _____

Ytri og innri einkenni: _____

Aðrar upplýsingar:

Sendandi:

NB! Sendanda ber að tilkynna Rannsóknadeild fisksjúkdóma um væntanlega sendingu.