Gesundheitsbescheinigung nach Schlachttieruntersuchung im Herkunftsbestand

Untersuchungsdatum : .....

Gültigkeit 3 Tage

AMTLICHER TIERARZT :

BescheinigungsNr:

NAME / VORNAME .....

ADRESSE .....

PLZ ORT ....

1. TIERIDENTIFIKATION :

Tierart	TVD-OM- / Kennzeichen	Anzahl	Weitere Angaben
Schwein			
Hauskaninchen			
Hausgeflügel			
Laufvögel			

2. TIERHALTER :

TVDNr.

NAME / VORNAME .....

ADRESSE .....

PLZ ORT .....

3. BESTIMMUNGSORT DER TIERE :

		ZulassungsNr.
SCHLACHTBETRIEB	.....	
ADRESSE	.....	
PLZ ORT	.....	.....

		Kennzeichen
Transportmittel :	.....	
	.....	.....

4. ANDERE RELEVANTE INFORMATIONEN :

5. ERKLÄRUNG

Der unterzeichnete Tierarzt/die unterzeichnete Tierärztin erklärt, dass:

- die oben bezeichneten Tiere **am ..... um .....** Uhr im vorgenannten Bestand der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für gesund befunden wurden;
- die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu den oben bezeichneten Tieren den gesetzlichen Vorschriften genügten und einer Schlachtung der Tiere nicht entgegenstehen;
- Im Falle der Schlachtung eines verunfallten Tieres oder von Zucht-Schalenwild:

  Das Töten und das Ausweiden erfolgte **am .....** (Tag) **um .....** Uhr unter hygienischen Bedingungen.

Datum :	Ort :	Amtsstempel :	
.....	.....		

Original : grün 2. Blatt : weiss