

**Begleitschein**  
**zu einer außerhalb eines Schlachthofes erfolgten Notschlachtung eines frisch**  
**verletzten Tieres nach Anhang III Abschnitt I Kapitel VI der Verordnung (EG) Nr. 853/2004**

zentraler Thüringer Formularpool

**1. Angaben zum Tier:**

<b>Tierart</b>	<b>Rasse</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Alter</b>
----------------	--------------	-------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Ohrmarken-Nr.	
<input type="checkbox"/> Chip-Nr.	
<input type="checkbox"/> Equidenpass-Nr.	
<input type="checkbox"/> Tätowierung	

**2. Die unterzeichnende Lebensmittelunternehmerin / der unterzeichnende Lebensmittelunternehmer**

Name
Adresse
Registriernummer des Erzeugerbetriebes

**erklärt:**

Das unter Nummer 1 beschriebene Tier wird zum Schlachthof

in <span style="float: right;">gebracht.</span>

Das Tier

- hat keine verbotenen oder nicht als Arzneimittel zugelassenen oder registrierten oder nicht als Futtermittelzusatzstoffe zugelassenen Stoffe mit pharmakologischer Wirkung erhalten,
- ist mit zugelassenen oder registrierten Arzneimitteln behandelt worden:  **Ja**  **Nein**

Wenn ja, Angabe des/der Arzneimittel(s), des Behandlungsdatums / der Behandlungsdaten und ggf. der Wartezeit/en

Ort, Datum

Unterschrift der Lebensmittelunternehmerin /  
des Lebensmittelunternehmers

3. Die unterzeichnende Tierärztin / der unterzeichnende Tierarzt erklärt, dass das unter Nummer 1 beschriebene transportunfähige Tier

am  um  im Erzeugerbetrieb

von ihm untersucht und, abgesehen von kurz vor der Schlachtung aufgrund eines Unfalles entstandenen Verletzungen, für gesund befunden worden ist;

am  um

in dem vorgenannten Betrieb geschlachtet worden ist.

**Ergebnis der Schlachttieruntersuchung**

<b>Körpertemperatur</b> °C	<b>Herzschlagfrequenz</b>	<b>Atemfrequenz</b>
-------------------------------	---------------------------	---------------------

**Sonstige Befunde:**

**Grund der Notschlachtung**  **Diagnose**  **Verdachtsdiagnose**

Es wurde eine Behandlung durch die/den unterzeichnende(n) Tierärztin/Tierarzt durchgeführt:  **Ja**  **Nein**

Wenn ja, durchgeführte Behandlung:

Ort, Datum

Name und Anschrift der Tierärztin / des Tierarztes

Stempel

Unterschrift der Tierärztin / des Tierarztes