

**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 Formularpool Thüringen

**1. Angaben zum Tier:**

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

 Ohrmarken-Nr. Chip-Nr. Equidenpass-Nr. Tätowierung

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

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

|  |
|--|
| Name                                   |
| Adresse                                |
| Registriernummer des Erzeugerbetriebes |

**erklärt:**

Das unter Nummer 1 beschriebene Tier wird zum Schlachthof

|           |
|-----------|
|           |
| in        |
| gebracht. |

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><br>°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