

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:

| | | | |
|----------------|--------------|-------------------|--------------|
| Tierart | Rasse | Geschlecht | Alter |
|----------------|--------------|-------------------|--------------|

 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

| | | |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Körpertemperatur °C | Herzschlagfrequenz | Atemfrequenz |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------|

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:

Stempel