

INFORMATIONEN ZUR NAHRUNGSMITTELKETTE: ERKLÄRUNG

MIKROCHIPNUMMER DES PFERDS

TEIL 1 – INFORMATIONEN ZUM GESUNDHEITSVERANTWORTLICHEN

Name

Adresse

Telefonnummer Faxnummer (fakultativ)

E-Mail (fakultativ)

Gesundheitsverantwortlicher während (Zutreffendes ankreuzen)

| | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> <15 Tagen | <input type="radio"/> ≥ 15 Tagen | <input type="radio"/> > 1 Monat | <input type="radio"/> > 6 Monaten |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

Arzneimitteldepot (Zutreffendes ankreuzen)

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> vorhanden | <input type="radio"/> nicht vorhanden |
|---------------------------------|---------------------------------------|

TEIL 2 - INFORMATIONEN ZUM PFERD

Hauptverwendungszweck (Zutreffendes ankreuzen)

| | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------------------------|--|
| Melken | <input type="checkbox"/> | Registrierungsnummer (für Molkereien) | <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> |
| Freizeithaltung | <input type="checkbox"/> | | |
| Zucht | <input type="checkbox"/> | | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | | |

Standarderklärung:

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|--|
| 1. Es bestehen Anzeichen für ein Auftreten von Krankheiten oder Erkrankungen, die die Sicherheit des Fleisches beeinträchtigen könnten. | Ja <input type="radio"/> | Nein ** <input type="radio"/> | |
| 2. Aufgrund von Störungen des Gesundheitszustands des Tiers wurde die Entscheidung getroffen, das Tier schlachten zu lassen. | Ja <input type="radio"/> | Nein ** <input type="radio"/> | |
| 3. Es liegen Analyseergebnisse vor, die für den Schutz der Volksgesundheit relevant sind. | Ja <input type="radio"/> | Nein ** <input type="radio"/> | |

** Zutreffendes ankreuzen. Falls „Ja“, die zusätzlichen Informationen in der 3. Spalte angeben.

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| 4. Im Zeitraum von einem Monat vor der Beförderung des Tiers zum Schlachthof bestanden Wartezeiten für verabreichte Tierarzneimittel und Futtermittelzusatzstoffe und/oder hat eine andere Behandlung stattgefunden. | Ja <input type="radio"/> | Nein *** <input type="radio"/> |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|

*** Zutreffendes ankreuzen. Falls „Ja“, sind nachstehende Angaben zu machen:

| Name des Arzneimittels oder des Zusatzstoffs | Verabreichungsdatum oder -zeitraum | Dauer der Wartezeit (in Tagen) |
|--|------------------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Kontaktdaten des behandelnden Tierarztes:

Name

Adresse

Telefonnummer Faxnummer (fakultativ)

E-Mail (fakultativ)

Ich bescheinige, dass diese Erklärung vollständig ist und dass alle Wartezeiten eingehalten wurden.

Ort Datum Unterschrift

TEIL 3 - SCHLACHTHOF - KONTROLLE UND ANNAHME

Ich nehme dieses Pferd zur Schlachtung an Ja Ja, unter Vorbehalt

Bemerkungen

Unterschrift des Verantwortlichen des Schlachthofs Datum

TEIL 4 - FASNK - KONTROLLE: INK ÜBERPRÜFT

Unterschrift des amtlichen Tierarztes Datum