

INFORMATIONEN ZUR NAHRUNGSMITTELKETTE SCHWEINE

TEIL 1 – INFORMATIONEN ZUM ERZEUGER UND ZUM BETRIEBSTIERARZT

1. ERZEUGER

NAME DES VERANTWORTLICHEN

ADRESSE BESTAND

BESTANDSCODE

TEL

E-MAIL

FAX

2. BETRIEBSTIERARZT

NAME

TEL

ADRESSE

FAX

E-MAIL

TEIL 2 – INFORMATIONEN ZU DEN SCHWEINEN

ANZAHL SCHLACHTSCHWEINE

DATUM DES MASTBEGINNS

SCHLAGSTEMPEL-NUMMER

VORGESEHENES ABGANGSDATUM

ART SCHWEINE:

MASTSCHWEINE

ZUCHTSCHWEINE

AUSLAUF

JA

NEIN

KONTROLLIERTE UNTERBRINGUNG

JA

NEIN

1. ARZNEIMITTEL UND ZUSATZSTOFFE

1.1. IM ZEITRAUM VOM MASTBEGINN BIS 2 MONATEN VOR DEM ABGANGSDATUM* WURDEN FOLGENDE ARZNEIMITTEL / ZUSATZSTOFFE VERABREICHT:

MITTEL GEGEN PARASITEN

JA

NEIN

ANTIBIOTIKA

JA

NEIN

ENTZÜNDUNGSHEMMENDE MITTEL

JA

NEIN

1.2. IN DEN LETZTEN 2 MONATEN VOR DEM ABGANGSDATUM:

NAME DES ARZNEIMITTELS / ZUSATZSTOFFS	VERABREICHUNGSDATUM ODER -ZEITRAUM	DAUER DER WARTEZEIT (in Tagen)

* für Sauen und Eber : Zeitraum von 2 bis 4 Monaten vor dem Abgangsdatum

2. IM STALL FESTGESTELLTE PROBLEME

MORTALITÄT**

JA

NEIN

FALLS JA, FESTSTELLUNGEN / URSACHE (falls bekannt):

KRANKHEITEN***

JA

NEIN

FALLS JA, FESTSTELLUNGEN / URSACHE (falls bekannt):

**ja: > oder = 5%, nein: < 5% (% berechnet auf den gesamten Mastschweinbestand des Betriebs (für geschlossene Betriebe) oder die Gruppe (für andere Betriebsarten))

***ja: eine Gruppenbehandlung (für die Gruppe) oder eine Einzelbehandlung bei > 20% der Tiere (der Gruppe) war notwendig

3. UNTERSUCHUNGEN IM RAHMEN DER NAHRUNGSMITTELSICHERHEIT

DIE DURCHGEFÜHRTEN UNTERSUCHUNGEN WAREN VON BEDEUTUNG FÜR DIE NAHRUNGSMITTELSICHERHEIT**** JA NEIN

ART UNTERSUCHUNG	DATUM DER UNTERSUCHUNG	ANALYSEERGEBNIS
SALMONELLEN		Letztes durchschnittliches S/P-Verhältnis:
RISIKOBETRIEB	KEIN RISIKOBETRIEB	BESTAND < 31 MASTSCHWEINE

****Falls ja, Art Untersuchung and Analyseergebnisse.

4. AUSFUHR IN DRITTLÄNDER (<http://www.favv-afsca.be/exportationpavstiers/produitsorigineanimale/>) (<http://www.favv-afsca.be/exportderdelanden/productendierlijkeoorsprong/>)

DIE SCHWEINE ERFÜLLEN DIE AUSFUHRBEDINGUNGEN VON (Name des Drittlandes angeben) :

ICH BESCHEINIGE, DASS DIESE ERKLÄRUNG VOLLSTÄNDIG IST UND DASS ALLE WARTEZEITEN EINGEHALTEN WURDEN.

UNTERSCHRIFT DES ERZEUGERS

DATUM

TEIL 3 – SCHLACHTHOF – KONTROLLE UND ANNAHME

ICH NEHME DIESE SCHWEINE ZUM SCHLACHTUNG AN

JA

JA, UNTER VORBEHALT

BEMERKUNGEN

UNTERSCHRIFT DES VERANTWORTLICHEN DES SCHLACHTHOFS

DATUM

TEIL 4 – FASNK – KONTROLLE : INK ÜBERPRÜFT

UNTERSCHRIFT DES AMTLICHEN TIERARZTES

DATUM