

INFORMATIONEN ZUR NAHRUNGSMITTELKETTE RINDER

TEIL 1 - INFORMATIONEN ZUM ERZEUGER UND TIERARZT

NAME DES VERANTWORTLICHEN DER TIERE

BESTANDSNUMMER BE -

ADRESSE DES BESTANDS HANDY (oder TEL.)

E-MAIL

BETRIEB UNTER VERSTÄRKTER KONTROLLE JA NEIN

BETRIEBSTIERARZT (nur für Tiere aus dem Ausland auszufüllen)

NAME HANDY (oder TEL.)

ADRESSE

E-MAIL

TEIL 2 - INFORMATIONEN ZU DEN RINDERN

OHRMARKEN

ANZAHL SCHLACHTRINDER QUALITÄTSLABEL (fakultativ)

2.1. ARZNEIMITTEL ODER ARZNEIFUTTERMITTEL (EINSCHLIESSLICH ANTIPARASITIKA)

NAMEN DER ARZNEIMITTEL ODER ARZNEIFUTTERMITTEL (EINSCHLIESSLICH ANTIPARASITIKA)	BEHANDLUNG		DAUER DER WARTEZEIT (in Tagen)
	DATUM DES BEGINNS	DATUM DES ENDES	

2.2. IM STALL FESTGESTELLTE PROBLEME

NEUROLOGISCHE ANZEICHEN JA NEIN WENN JA, FESTSTELLUNGEN / URSACHE (falls bekannt):

MORTALITÄT JA NEIN WENN JA, FESTSTELLUNGEN / URSACHE (falls bekannt):

KRANKHEITEN JA NEIN WENN JA, FESTSTELLUNGEN / URSACHE (falls bekannt):

2.3. UNTERSUCHUNGEN IM RAHMEN DER NAHRUNGSMITTELSICHERHEIT

FALLS JA, ART UNTERSUCHUNG UND ANALYSEERGESNISSE:

ART UNTERSUCHUNG	ANALYSEERGEBNIS

BESONDERE BEMERKUNGEN ZU TEIL 1 / TEIL 2 (*)

(*) Notieren Sie alle für den Schlachthof oder amtlichen Tierarzt nützlichen Informationen

ICH ERKLÄRE, DASS DIE TIERE HINREICHEND SAUBER SIND, UM GESCHLACHTET ZU WERDEN.

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

ICH VERPFLICHTE MICH, EINE NEUE INK-ERKLÄRUNG ABZUGEBEN, FALLS WÄHREND DER GÜLTIGKEITSDAUER DER VORLIEGENDEN INK-ERKLÄRUNG NEUE BEHANDLUNGEN ODER UNTERSUCHUNGEN DURCHGEFÜHRT WERDEN SOLLTEN UND/ODER KRANKHEITEN ODER EINE ANORMALE MORTALITÄT IM HERKUNFTSBETRIEB FESTGESTELLT WERDEN SOLLTEN.

MIT DEM VERSAND DER UNTERZEICHNETEN ODER NICHT UNTERZEICHNETEN INK-ERKLÄRUNG IST DER ANBIETER, DER DAS DOKUMENT AUSGEFÜLLT UND ÜBERMITTELT HAT, FÜR DIE RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT DER IN DER INK-ERKLÄRUNG ANGEgebenEN INFORMATIONEN VERANTWORTLICH.

STEMPEL / UNTERSCHRIFT DES ERZEUGERS

DATUM

TEIL 3 - SCHLACHTHOF - KONTROLLE UND ANNAHME

FELLZUSTAND

KATEGORIE 1 OHRMARKEN

KATEGORIE 2 OHRMARKEN

KATEGORIE 3 OHRMARKEN

ICH NEHME DIESE RINDER ZUR SCHLACHTUNG AN

JA

JA, UNTER VORBEHALT

BEMERKUNGEN

STEMPEL / UNTERSCHRIFT DES VERANTWORTLICHEN DES SCHLACHTHOFS

DATUM

TEIL 4 - FASNK - KONTROLLE: INK ÜBERPRÜFT

STEMPEL / UNTERSCHRIFT DES AMTLICHEN TIERARZTES

DATUM