

# INFORMATIONEN ZUR NAHRUNGSMITTELKETTE SCHAFE UND ZIEGEN

## TEIL 1 - INFORMATIONEN ZUM ERZEUGER UND TIERARZT

### ERZEUGER

NAME DES VERANTWORTLICHEN DER TIERE

BESTANDSNUMMER

BE

									-				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

ADRESSE DES BESTANDS

HANDY  
(oder TEL.)

E-MAIL

BETRIEB UNTER VERSTÄRKTER KONTROLLE

JA

NEIN

### TIERARZT, DER SICH UM DIE TIERE DES HERKUNFTSBETRIEBS KÜMMERT

NAME

HANDY (oder TEL.)

ADRESSE

E-MAIL

## TEIL 2 - INFORMATIONEN ZU DEN SCHAFEN/ZIEGEN

ANZAHL SCHLACHTTIERE

OHRMARKEN

### 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

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

ART UNTERSUCHUNG	ANALYSEERGEBNIS

**BESONDERE BEMERKUNGEN ZU TEIL 1 / TEIL 2 (\*)**

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

**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.**

UNTERSCHRIFT / STEMPEL DES ERZEUGERS

DATUM

**TEIL 3 - SCHLACHTHOF - KONTROLLE UND ANNAHME**

ICH NEHME DIESE SCHAFE / ZIEGEN ZUR SCHLACHTUNG AN

JA

JA, UNTER VORBEHALT

BEMERKUNGEN

UNTERSCHRIFT / STEMPEL DES VERANTWORTLICHEN DES SCHLACHTHOFS

DATUM

**TEIL 4 - FASNK - KONTROLLE: INK ÜBERPRÜFT**

UNTERSCHRIFT / STEMPEL DES AMTLICHEN TIERARZTES

DATUM