

Bestätigung über Arzneimitteleinsatz und Tiergesundheit bei Halterwechsel

Die unterzeichnete Person bestätigt hiermit, dass der Equide mit der UELN* _____

* Bei Tieren, die keine UELN haben, muss die Herdebuch-Nr., die Chip-Nr. oder eine andere Identifikationsnummer angegeben werden.

- Innerhalb der letzten 10 Tage weder krank war noch sich verletzt hat oder verunfallt ist;
- alle Absetzfristen nach einer Behandlung mit Arzneimitteln (inkl. Futtermittel mit Arzneimitteln) abgelaufen sind.

Falls diese Angaben nicht durch Ankreuzen bestätigt werden können, müssen eine Kopie des Behandlungsjournals beigelegt oder die folgenden Angaben gemacht werden:

- Der Equide war innerhalb der letzten 10 Tage krank, verletzt oder verunfallt.

Art der Krankheit/ der Verletzung: _____

- Der Equide wurde mit Arzneimitteln behandelt, deren Absetzfristen noch nicht abgelaufen sind.

- Der Equide erhielt Futtermittel mit Wirkstoffen, die im Fleisch Rückstände in unzulässigen Konzentrationen verursachen können.

Datum der Behandlung / Verfütterung: _____

Medikamente / Futtermittel: _____

Name und Adresse des Tierhalters (in Blockschrift): _____

TVD-Nr. der Tierhaltung: _____ Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bestätigung über Arzneimitteleinsatz und Tiergesundheit bei Halterwechsel

Die unterzeichnete Person bestätigt hiermit, dass der Equide mit der UELN* _____

* Bei Tieren, die keine UELN haben, muss die Herdebuch-Nr., die Chip-Nr. oder eine andere Identifikationsnummer angegeben werden.

- Innerhalb der letzten 10 Tage weder krank war noch sich verletzt hat oder verunfallt ist;
- alle Absetzfristen nach einer Behandlung mit Arzneimitteln (inkl. Futtermittel mit Arzneimitteln) abgelaufen sind.

Falls diese Angaben nicht durch Ankreuzen bestätigt werden können, müssen eine Kopie des Behandlungsjournals beigelegt oder die folgenden Angaben gemacht werden:

- Der Equide war innerhalb der letzten 10 Tage krank, verletzt oder verunfallt.

Art der Krankheit/ der Verletzung: _____

- Der Equide wurde mit Arzneimitteln behandelt, deren Absetzfristen noch nicht abgelaufen sind.

- Der Equide erhielt Futtermittel mit Wirkstoffen, die im Fleisch Rückstände in unzulässigen Konzentrationen verursachen können.

Datum der Behandlung / Verfütterung: _____

Medikamente / Futtermittel: _____

Name und Adresse des Tierhalters (in Blockschrift): _____

TVD-Nr. der Tierhaltung: _____ Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bestätigung über Arzneimitteleinsatz und Tiergesundheit bei Halterwechsel

Die unterzeichnete Person bestätigt hiermit, dass der Equide mit der UELN* _____

* Bei Tieren, die keine UELN haben, muss die Herdebuch-Nr., die Chip-Nr. oder eine andere Identifikationsnummer angegeben werden.

- Innerhalb der letzten 10 Tage weder krank war noch sich verletzt hat oder verunfallt ist;
- alle Absetzfristen nach einer Behandlung mit Arzneimitteln (inkl. Futtermittel mit Arzneimitteln) abgelaufen sind.

Falls diese Angaben nicht durch Ankreuzen bestätigt werden können, müssen eine Kopie des Behandlungsjournals beigelegt oder die folgenden Angaben gemacht werden:

- Der Equide war innerhalb der letzten 10 Tage krank, verletzt oder verunfallt.

Art der Krankheit/ der Verletzung: _____

- Der Equide wurde mit Arzneimitteln behandelt, deren Absetzfristen noch nicht abgelaufen sind.

- Der Equide erhielt Futtermittel mit Wirkstoffen, die im Fleisch Rückstände in unzulässigen Konzentrationen verursachen können.

Datum der Behandlung / Verfütterung: _____

Medikamente / Futtermittel: _____

Name und Adresse des Tierhalters (in Blockschrift): _____

TVD-Nr. der Tierhaltung: _____ Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____