

Name des/der amtlichen Tierarztes/Tierärztin: _____

Zeugnisnummer: _____

I. Identifizierung der Tiere

Tierart: _____

Anzahl Tiere: _____

Kennzeichnung: _____

II. Ort der Notschlachtung

Anschrift des Herkunftsbetriebs: _____

Kennnummer des Betriebs/HIT-Nr.: _____

III. Angaben zur Bestimmung der Tiere

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert:

mit folgendem Transportmittel (Kennzeichen): _____

IV. Andere relevante Angaben

V. Erklärung

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass

(1) die oben bezeichneten Tiere am _____ um _____ Uhr im vorgenannten Betrieb der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden wurden;

(2) die Tiere am _____ um _____ Uhr geschlachtet wurden, und das Ausbluten ordnungsgemäß durchgeführt wurde,

(3) die Notschlachtung aus folgendem Grund durchgeführt wurde:

(4) Folgendes in Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz festgestellt wurde:

(5) die Tiere folgende Behandlungen erhalten haben: _____

(6) die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren den gesetzlichen Vorschriften genügten und einer Schlachtung der Tiere nicht entgegenstanden.

Ausgestellt in: _____

(Ort)

am: _____

(Datum)

Stempel / Unterschrift des amtlichen Tierarztes _____